SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIANA CAROLINA SILVA ALDANA**			**CC:**	**1023914941**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAROLINA9229@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3027322639**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 15 # 30 186 CIUDAD VERDE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480332074**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2463 2025**	**N° CDP:**	**1795**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.932.000**					

DIANA CAROLINA SILVA ALDANA
PS_2463_2025_3B8A49-2025-07-14 15:24:12

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA CAROLINA SILVA ALDANA
CC: 1023914941
CEL: 3027322639

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DIANA CAROLINA SILVA ALDANA			
	CON C.C N°	**1.023.914.941**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2463 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.360.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**250**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.845.776	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.932.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
	1. Realizar búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa Canguro. 2. Responder a interconsultas generadas en el servicio de hospitalización. 3. Realizar entrenamiento educativo a familiares de usuarios del Programa Canguro intra y extra hospitalario. 4. Realización de Carnet de ingreso al Programa. 5. Acompañamiento, reporte y/o notificación de casos pacientes requirentes de Palivizumab. 6. Realizar ronda en hospitalización de seguimiento y adherencia a indicaciones brindadas en el entrenamiento canguro. 7. Apoyo a canguro intrahospitalario (revisión de casos reportados por enfermería, pediatría, terapias, trabajo social etc.). 8. Seguimiento y verificación de adherencia a apego canguro y lactancia materna. 9. Apoyo en las novedades presentadas durante las consultas de pediatría, psicología, trabajo social, terapia física, ocupacional y de lenguaje. 10. Control de Enfermería según lineamiento emitido por el Ministerio de Salud en el año 2017. (Anamnesis, control de medidas antropométricas, verificación de curvas de crecimiento, valoración y educación en lactancia materna, alimentación con sucedáneo de leche materna en caso de requerirlo, educación en manejo de oxigeno domiciliario, signos de alarma, puericultura, lavados nasales, introducción de alimentación complementaria, Control de signos vitales, Oximetrías etc.) Soporte en Historia clínica. 11. Actualización de Historia Clínica de Enfermería para el Programa Canguro en el área de Sistemas. 12. Asesoramiento y apoyo en solicitud de citas ordenadas desde el Programa Canguro Teniendo en cuenta la solicitud del pediatra y otros especialistas que remiten. 13. Apoyo en la asignación de citas: terapia física, ocupacional y de lenguaje, psicología, pediatría, enfermería, nutrición. 14. Seguimiento de listado de demanda insatisfecha de citas de oftalmología, fisiatría, ortopedia y otras especialidades para identificar cumplimiento de Fases. 15. Registros en DHG historia clínica de Enfermería Canguro HCCANG, HCSCAN, Respuestas de Interconsultas, Notas de Seguimiento Ambulatorio, Nota de Seguimiento a Hospitalización. 16. Alimentar bases de datos del Programa Canguro (drive de ingresos, inhaderencia etc.) 17. Generar indicadores del Programa Canguro establecidos por lineamiento Canguro emitido por el Ministerio de Salud en 2017 (32 Indicadores). 18. Asistir a mesas de trabajo de Capital Salud y otras EPS, Asistencia reuniones SDS, COVES, Capacitaciones, y demás áreas que soliciten presencia del Referente Canguro. 19. Recibir asistencia técnica de las RIAS. 20. Mantener comunicación constante mediante correo electrónico con cohorte de infancia y adolescencia, EAPB, y Programas Canguros Nacionales. 21. Revisión de carro de soporte vital del Programa Canguro mensual. 22. Supervisión de actividades realizadas por auxiliar de Enfermería del Programa. 23. Revisión y supervisión de cumplimiento de protocolo de limpieza y desinfección, lavado de manos, y protocolos institucionales. 24. Realización de Talleres educativos para dar alta a paciente Hospitalizado y ambulatorio (10 talleres con tiempos promedio de 2 horas). 25. Solicitud, gestión para acompañamiento y/o búsqueda de herramientas para mantener la comunicación con población especial (emberas, dispacidad auditiva, visual, cognitiva, analfabetas, migrantes etc.). 26. Envío de informes y datos estadísticos las áreas que solicitan información. 27. Activación y control cumplimiento de la Ruta con los pacientes del programa. 28. Realización de actividades generadas por jefe directo.

29. Actualización de documentos (guías, protocolos) y formatos relacionados a la atención del Programa Canguro.
30. Educación continua al personal de enfermería sobre los cuidados y atención a tener al paciente prematuro y/o de bajo peso.

1	

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 88082358	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/09	$ 187.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/09	$ 240.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/09	$ 36.600

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 464.100

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*DIANA CAROLINA SILVA ALDANA* *PS_2463_2025_3B8A49-2025-07-14 15:24:12* **DIANA CAROLINA SILVA ALDANA** **CC: 1023914941**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_2463_2025_3B8A49-2025-07-15 19:48:17* **MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2463_2025_3B8A49-2025-07-16 19:32:28* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023914941	DIANA CAROLINA SILVA ALDANA	CALLE 15 30 186 CIUDAD VERDE	8385243	carolina9229@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	88082358	$494.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.000	0	0	30.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	1	30.000	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	494.100	494.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023914941	DIANA CAROLINA SILVA ALDANA	CALLE 15 30 186 CIUDAD VERDE	8385243	carolina9229@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	88082358	$494.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023914941	SILVA ALDANA DIANA CAROLINA	59	0			N																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	187.500	14-23	1.500.000	3	36.600	CCF24	1.500.000	30.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información