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: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARTHA LILIANA GUALTEROS CAMACHO**			**CC:**	**1019028552**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MGUALTEROS406@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3209029131**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 167 C 58 54**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488418370760**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1512 2025**	**N° CDP:**	**2464**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.709.728**					

MARTHA LILIANA GUALTEROS CAMACHO
PS_1512_2025_4F2139

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA LILIANA GUALTEROS CAMACHO
CC: 1019028552
CEL: 3209029131

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			
MARTHA LILIANA GUALTEROS CAMACHO			
	CON C.C N°	**1.019.028.552**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1512 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.322.112	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.709.728
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

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 LA ORIENTACION, DIRECCIONAMIENTO Y/O ACLARACIONES ACERCA DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS NECESARIOS PARA RECIBIR ATENCION EN SALUD.
2	REALIZAR LA SOLICITUD DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA USUARIOS Y PACIENTES QUE ASI LO REQUIERAN MEDIANTE DIAGNOSTICO Y AUTORIZACION MEDICA
3	HACER SEGUIMIENTO A GESTANTES CON DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS POR AFILIACION EN OTROS MUNICIPIOS, REALIZANDO LA ORIENTACION RESPECTIVA.
4	REALIZAR LA CONSULTA SOCIAL DE LOS PACIENTES REMITIDOS POR EL AREA MEDICA DE LA SUBRED.
5	REALIZAR BUSQUEDA DE DATOS DE CONTACTO Y UBICACION EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS DIFERENTES NOTAS QUE INTERVIENEN AL PACIENTE.
6	REALIZAR EL INGRESO Y ACTUALIZACION PERMANENTE EN BASE DE DATOS INTERNA DE PACIENTES EN ABANDONO SOCIAL, POBLACION EXTRANJERA, HABITANTE DE CALLE, PACIENTES PROGRAMADOS MADRE CANGURO, Y ESTUDIOS SOCIALES DE CASO QUE SE LLEVEN A CABO, MEDIANTE LA GESTION REALIZADA DESDE EL AREA DE TRABAJO SOCIAL.
7	ASISTIR A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	. APOYAR LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
9	GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.
10	. REALIZAR CENSO DIARIO EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS E IDENTIFICAR PACIENTES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD Y/O CON RIESGO SOCIAL Y EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL PARA REALIZAR ENTREVISTA SOCIAL VERIFICANDO REDES DE APOYO FAMILIAR, INSTITUCIONAL Y/O SOCIALES DATOS DE CONTACTO (TELEFONICOS Y DE DOMICILIO), ASEGURAMIENTO, DESCRIBIENDO LA SITUACION ENCONTRADA DURANTE LA INTERVENCION, CON NOTIFICACION A ENTES COMPETENTES. REALIZAR SEGUIMIENTO, EVOLUCION Y UBICACION DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL EN LAS USS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E REALIZANDO CONTACTO CON SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL Y/O ENTIDADES QUE RECIBAN ESTA POBLACION. REALIZAR REGISTRO DE LA GESTION EN LA HISTORIA CLINICA CON LOS DEBIDOS SOPORTES.
11	REALIZAR LA COORDINACION INTER-INSTITUCIONAL, SOLICITUD Y TRASLADO EN VEHICULO INSTITUCIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS REQUERIDA ARTICULANDO ACCIONES CON LOS ENTES COMPETENTES TALES COMO: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF), COMISARIAS, REGISTRADORAS, POLICIA NACIONAL Y/O DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA
12	. REALIZAR LOS TRAMITES RESPECTIVOS PARA HABITANTE DE CALLE SIN CERTIFICAR, PACIENTES INDOCUMENTADOS, PACIENTES EXTRANJEROS SEGUN CADA CASO, DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIVIM, DE IGUAL MODO LA GESTION DE IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN LAS DIFERENTES USS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
13	REALIZAR EL INGRESO EN EL APLICATIVO CUENTANOS BOGOTA DE ORIENTACIONES GRUPALES Y DE BARRERAS DE ACCESO Y ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

14	PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVES DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
15	CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
16	. PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y MANTENER UNA ADECUADA PRESENTACION PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
17	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACION DEL OBJETO CONTRACTUAL E INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED.
18	. PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVES DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488307059	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/04	$ 191.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/04	$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/04	$ 37.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 473.200

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

MARTHA LILIANA GUALTEROS CAMACHO
PS_1512_2025_4F2139
MARTHA LILIANA GUALTEROS CAMACHO
CC: 1019028552

WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN
PS_1512_2025_4F2139
WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN VALIDA	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1512_2025_4F2139* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019028552		GUALTEROS CAMACHO MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 167C N 58 - 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1601492277	9488307059	I	2025/08/14	2025/07/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$473,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,528,900	$244,700			$1,528,900	$191,200			$0	$0			$1,528,900	$37,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,528,900	$244,700			$1,528,900	$191,200			$0	$0			$1,528,900	$37,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,528,900	$244,700			$1,528,900	$191,200			$0	$0			$1,528,900	$37,300		$0	$0
1	CC	1019028552	GUALTEROS MARTHA	25-14	30	$1,528,900	$244,700	EPS002	30	$1,528,900	$191,200		0	$0	$0	14-7	30	$1,528,900	$37,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,528,900	$244,700			$1,528,900	$191,200			$0	$0			$1,528,900	$37,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019028552		GUALTEROS CAMACHO MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 167C N 58 - 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1601492277	9488307059	I	2025/08/14	2025/07/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$473,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,700	$0	$0	$244,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$244,700	$0	$0	$244,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,300	$0	$0	$37,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$37,300	$0	$0	$37,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$191,200	$0	$0	$191,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$191,200	$0	$0	$191,200
TOTAL				1	$473,200	$0	$0	$473,200