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:	**MARILUZ SALAZAR ALDANA**			**CC:**	**1016015454**
CORREO ELECTRÓNICO:	**TRABAJADORASOCIALMARILIZ89@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212458275**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 96J 16D 35**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480356677**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1426 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**					

MARILUZ SALAZAR ALDANA
PS_1426_2025_463C22

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARILUZ SALAZAR ALDANA
CC: 1016015454
CEL: 3212458275

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			
MARILUZ SALAZAR ALDANA			
	CON C.C N°	**1.016.015.454**	
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 1426 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:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA		
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 Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.//*Durante el mes se realizaron notas de seguimientos (26) e interconsulta en Dinámica gerencial.(58)
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle, pacientes programados madre canguro, y estudios sociales de caso que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social./ En el mismo mes se reportaron casos a Secretaria Distrital de Integración Social, ubicaciones, estudios sociales de caso(100) y reportes a fiscalía para plena identidad. (2 CASO)
3	Realizar búsqueda de datos de contacto y ubicación en la historia clínica en las diferentes notas que intervienen al paciente./soportes respuesta de interconsulta o seguimiento en la historia clínica.
4	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E./Se envía certificación a correos institucionales del área encargada.
5	Asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.//soporte de planillas de asistencia o virtual link de asistencia.
6	Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según 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.: Soportes en físicos o por aplicativo.
7	Portar visiblemente los elementos institucionales y mantener una adecuada presentación 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.: Portar el carnet en lugar visible
8	Realizar censo diario en los servicios asignados e Identificar pacientes en condición de vulnerabilidad y/o con riesgo social y en condición de abandono social para realizar entrevista social verificando redes de apoyo familiar, institucional y/o sociales datos de contacto (telefónicos y de domicilio), aseguramiento, describiendo la situación encontrada durante la intervención, con notificación a entes competentes. Realizar seguimiento, evolución y ubicación de pacientes identificados en condición de abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población. Realizar registro de la gestión en la historia clínica con los debidos soportes./Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente, gestiones realizadas por Trabajo Social donde se describe redes de apoyo y se realiza censo diario.(83) seguimientos
9	Realizar la coordinación inter-institucional, solicitud y traslado en vehículo 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), Comisarías, Registradoras, Policía Nacional y/o de Infancia y Adolescencia/soportes de correos enviados a las intituciones y soportes de recibido, adjuntos a la historia clinica del paciente.(3) resportadosa ICBF Y COMISARIA
10	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica / Se han radicado solicitudes de oxigeno domiciliario en articulación con la oficina de autorizaciones con registro de gestión en Dinámica Gerencial y Drive de oxígenos. (2) OXIGENO
11	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, diligenciamiento de ficha SIVIM, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E./Se adjunta soportes en la historia clínica y en físicos si es el caso. (0) REPORTE
12	Realizar el ingreso en el aplicativo Cuéntanos Bogotá de orientaciones grupales y de barreras de acceso Y estudios sociales de caso, identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud./Soporte aplicativo " Si Cuentanos Bogotá" se realizan mensualmente (25) ingresos al aplicativo.

13	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva. /Se realiza seguimientos y gestiones correspondientes según aplique para cada caso y a necesidad del servicio.
14	Realizar la Consulta social de los pacientes remitidos por el área médica de la Subred./valoración de interconsulta o seguimiento, de trabajo social en la historia clínica del paciente.
15	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E/Se envía certifación a correos institucionales del área encargada.
16	Apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano.//soportes de productividad según gestión realizada.
17	Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales: Soportes anexos en la historia clínica o reportes en los diferentes aplicativos.
18	Las demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato: Soportes de productividad según gestión realizada.

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° 9490279980	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/14	$ 185.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/14	$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/14	$ 36.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 459.200

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

MARILUZ SALAZAR ALDANA
PS_1426_2025_463C22
MARILUZ SALAZAR ALDANA
CC: 1016015454

WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN
PS_1426_2025_463C22
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_1426_2025_463C22* **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 1016015454		SALAZAR ALDANA MARILUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 96J # 16D35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5450111	No

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	1699504911	9490279980	I	2025/08/14	2025/08/14	NEQUI	0	$488,900

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)					$1,483,892	$237,500			$1,483,892	$185,500			$1,483,892	$29,700			$1,483,892	$36,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,483,892	$237,500			$1,483,892	$185,500			$1,483,892	$29,700			$1,483,892	$36,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,483,892	$237,500			$1,483,892	$185,500			$1,483,892	$29,700			$1,483,892	$36,200		$0	$0
1	CC	1016015454 SALAZAR MARILUZ	230201	30	$1,483,892	$237,500	EPS008	30	$1,483,892	$185,500	CCF24	30	$1,483,892	$29,700	14-7	30	$1,483,892	$36,200	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,483,892	$237,500			$1,483,892	$185,500			$1,483,892	$29,700			$1,483,892	$36,200		$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 1016015454		SALAZAR ALDANA MARILUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 96J # 16D35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5450111	No

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	1699504911	9490279980	I	2025/08/14	2025/08/14	NEQUI	0	$488,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$0	$0	$237,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$237,500	$0	$0	$237,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,200	$0	$0	$36,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$36,200	$0	$0	$36,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,700	$0	$0	$29,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$29,700	$0	$0	$29,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,500	$0	$0	$185,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$185,500	$0	$0	$185,500
TOTAL				1	$488,900	$0	$0	$488,900