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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JESICA PUERTA MONRROY**			**CC:**	**1010207303**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jpuerta6108@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3193169771**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**cra 14 este # 62c -61 sur**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400723980**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1425 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.709.728**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

JESICA PUERTA MONRROY
PS_1425_2025_8DDC88

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JESICA PUERTA MONRROY
CC: 1010207303
CEL: 3193169771

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			
JESICA PUERTA MONRROY			
	CON C.C N°	**1.010.207.303**	
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 1425 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.031.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.709.728
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	Se orienta al paciente y/o familiar sobre los requerimientos que se establecen desde la EPS e IPS, para el goce efectivo de la prestación de los servicios en salud. firmas en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud - (36) registros firmados en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud.
2	Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social - pacientes en seguimiento, por su condición irregular migrante en el país.
3	Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de atención médica.
4	Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos - respuesta a interconsultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes de programa de hospital día.
5	Se realiza solicitud de oxigeno a pacientes que se encuentran hospitalizados en los servicios de hospitalización, se realizan trámites a necesidad del servicio - trámite de oxigeno domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectan a necesidad del servicio.
6	Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados - Estudios sociales de caso, realizados a pacientes migrantes en condición irregular.
7	Se realizan (25) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá.
8	Se realiza seguimiento a pacientes del programa de hospital día, valoración inicial, talleres grupales, talleres familiares.
9	Se socializa información a paciente sobre El Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. - (12) registros firmados en planilla de socialización.
10	Se realiza trámites pertinentes frente a conocimiento de caso, solicitud de valoración y asignación de cupo para pacientes en abandono social, ante la Secretaria Distrital de Integración Social - paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social.
11	Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato. Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente.
12	Se sensibiliza a funcionarios en derechos y deberes en salud - (30) firmas en planilla de orientaciones a funcionarios en temas de derechos y deberes salud y servicio de ingreso, acceso, atención y egresos de paciente en el hospital.
13	Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual, logrando así fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio - Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificación del mismo.
14	Se asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo - Se realiza evaluación de asistencia, se envía evidencia a grupo de Trabajo Social.
15	Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas naturales que requieren del servicio de Trabajo Social, ej: talleres.
16	Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio - Atención oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y trámites emergentes.
17	Se asiste a los servicio con los elementos institucionales portados correctamente, así como el ingresos a cada servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiología - Se da cumplimiento a los protocolos establecidos tanto en áreas comunes de los centros de salud, como en los servicios.

18	Se da cumplimiento a los requerimientos, solicitudes y trámites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requerimientos por parte del área administrativa.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 81407688	OPERADOR:	ARUS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/04	$ 191.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/04	$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/04	$ 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	*JESICA PUERTA MONRROY* *PS_1425_2025_8DDC88* **JESICA PUERTA MONRROY** **CC: 1010207303**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1425_2025_8DDC88* **WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1425_2025_8DDC88* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-18, 11:27:52 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81407688

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 04/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JESSICA PUERTA MONRROY		
Documento	CC1010207303	**Dirección**	CL 2 A SUR No 5-42
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010207303	JESSICA PUERTA MONRROY	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.528.858	$ 244.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.528.858	$ 191.200	2,436	$ 1.528.858	$ 37.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.528.858	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 482.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.528.858	$ 1.528.858	$ 1.528.858	$ 1.528.858	$ 244.700	$ 191.200	$ 37.300	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 482.400	$ 0	$ 482.400

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.