

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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					
N° DEL CONTRATO:	PS 1426 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				
<div><div>MARILUZ SALAZAR ALDANA PS_1426_2025_C04A70</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARILUZ SALAZAR ALDANA CC: 1016015454 CEL: 3212458275</div>					

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:	\$ 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:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA
---	--------------------------------

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	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 (50) e interconsulta en Dinámica gerencial.(10)
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(12) y reportes a fiscalía para plena identidad. (2 CASO)
3	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.(50) seguimientos
4	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), Comisarias, Registradoras, Policía Nacional y/o de Infancia y Adolescencia/soportes de correos enviados a las instituciones y soportes de recibido, adjuntos a la historia clínica del paciente.(2) reportados a ICBF Y COMISARIA
5	Realizar la solicitud de oxígeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica / Se han radicado solicitudes de oxígeno domiciliario en articulación con la oficina de autorizaciones con registro de gestión en Dinámica Gerencial y Drive de oxígenos. (2) OXIGENO
6	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. (3) REPORTE
7	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.
8	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.
9	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.
10	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.
11	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.
12	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.

13	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.
14	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.
15	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.
16	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.
17	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
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 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° 9494643963	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	\$ 191.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/12	\$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	\$ 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 ningún 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	<div><div>MARILUZ SALAZAR ALDANA PS_1426_2025_C04A70</div></div> <div>MARILUZ SALAZAR ALDANA CC: 1016015454</div>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA



WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

PS_1426_2025_C04A70

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_1426_2025_C04A70

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

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													
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES												
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,528,857	\$244,700			\$1,528,857	\$191,200			\$1,528,857	\$30,600			\$1,528,857	\$37,300			\$0	\$0	\$503,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,528,857	\$244,700			\$1,528,857	\$191,200			\$1,528,857	\$30,600			\$1,528,857	\$37,300			\$0	\$0	\$503,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							\$1,528,857	\$244,700			\$1,528,857	\$191,200			\$1,528,857	\$30,600			\$1,528,857	\$37,300			\$0	\$0	\$503,800
1	CC	1016015454	SALAZAR MARILUZ																	230201	30	\$1,528,857	\$244,700	EP5008	30	\$1,528,857	\$191,200	CCF24	30	\$1,528,857	\$30,600	14-7	30	\$1,528,857	2.436%	\$37,300	30	\$0	\$0	No	\$503,800
Total Afiliados(1)																							\$1,528,857	\$244,700			\$1,528,857	\$191,200			\$1,528,857	\$30,600			\$1,528,857	\$37,300			\$0	\$0	\$503,800

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922168744	9494643963	I	2025/11/14	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$503,800
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	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$30,600	\$0	\$0	\$30,600	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$30,600	\$0	\$0	\$30,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$191,200	\$0	\$0	\$191,200	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$191,200	\$0	\$0	\$191,200	
TOTAL				1	\$503,800	\$0	\$0	\$503,800	

