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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ**			**CC:**	**1031165776**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CATHERINEMENDEZP96@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3125014425**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 5 G 48 B 40 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**66719231854**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1510 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.822.144**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ
PS_1510_2025_2E4E8E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ
CC: 1031165776
CEL: 3125014425

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			
YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ			
	CON C.C N°	**1.031.165.776**	
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 1510 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 48.563.712	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.822.144
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	1. SENSIBILICE A 36 USURIARIOSY FAMILIARES SOBRE DERECHOS Y DEBRES EN SALUD, PROTOCOLO DE INGRESO/EGRESO, 12 USUARIOS Y FAMILIAS SOBRE EL NUEVO MODELO DE SALUD: MÁS BIENESTAR, 15 FUNCIONARIOS SOBRE TEMÁTICAS PROPIOS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO. REALICE 3 ENCUENSTAS DE DERECHOS Y DEBRES A FUNCIONARIOS, USUARIOS, FMAILIA Y PERSONAL TERVERIZADO
2	2. EJECUTE 45 ACCONS DE ORIENTACIÓN Y ACLARACIÓN DE TRAMITES ADMINISYTRATIVOS ANTE LA EPS/IPS, FACILOTANDO EL DIRECCIONAMIENTO DE LOS USUARIOS DE ATECIÓN MEDICA SIN BARRERAS ADMINISTRATIVAS
3	SIMINISTRE Y ACTUALICE DE MANERA OPORTUNA LA INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS INSTITUCIONAL, GARANTIZANDO EL SEGUIMIETNO SISTEMÁTICO DE LA POBLACIÓN VULNERABLE Y EL REGSITRO DETALLADO DE 56 ESTUDIOS DE CASO ADELANTADOS DURANTE PERIODO
4	4. REALICÉ EL CENSO DIARIO EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS, LLOGRANDO LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, RIESGO SOCIAL O ABANDONO
5	5. EFECTUE 83 ENTREVISTAS SOCIALES PARA VERIFICAR REDES DE APOYO Y ASEGURAMIENTO, NOTIFICANDO LOS CASOS A LOES ENTENS COMPETENTES Y GESTIONANDO LA UBICAICÓN DE PACIENTES EN ABANDONO ANTE LA SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL; TODAS LAS INTERVENCIONES FUERON DEBIDAMENTE EVOLUCIONADAS Y SOPORTADAS EN HSITORIA CLINICA
6	6. COORDINE Y EJECUTE 6 TRASLADOS INTERINSTITUCIONALES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES EN VEHÍCULO INSTITUCIONAL PARA EL RESTALECIMIENTO DE SUS DERECHOS, ARTICULANDO ACCIONES EFECTIVAS CON ENTES COMPETENTES COMO ICBF, COMISARIA DE FAMILIA Y POLICIA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE PRETECCIÓN VIGENTES
7	GESTIONE Y TRAMITE DE MANERA OPORTUNA 3 SOLICITUDES DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA LOS USUARIOS QUE CONTABAN CON DIAGNOSTICOS Y AUTORIZACIÓN MEDICA, ASEGURANDO LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO RESPIRATORIO Y FACILITANDO EL PROCESO DE EEGRESO HOSPITALARIO
8	8. ADELANTE 12 TRAMITES ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN DE HABITANTES DE CALLE NO CERTIFICADOS, PACIENTES INDOCUMNETADOS Y ESTRANJEROS SEGUN LA PARTICULARIDAD DE CADA CASO
9	DILIGENCIE 5 FICHAS SIVIM CORRESPONDIENTES Y GETSIONE LOS PROCESO DE IDENTIFICAICÓN DE PACIENTES FALLECIDOS EN LAS DIVERSAS USS DE LA SUB RED CENTRO ORIENTE GARANTIZANDO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS VIGENTES
10	10. REALICE EL CARGUE DE 14 REGISTROS EN EL APLICATIVO "SI CUENTANOS BOGOTÁ" CONFORME A LAS BARRERAS DE ACCEDSO IDENTIFICADAS
11	11. REALICE 9 SEGUIMIETNOS Y ACOMPAÑAMIENTOS PACIENTES CON BARRERAS ADMINISTRATIVAS DERIVADAS A LA AFILIACIÓN EN OTROS MUNICIPIO, BRINDANDO LA ORIENTACIÓN NECESARIA PARA NORMALIZAR SU ESTADO PRESTACIONAL Y ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE SU ATENCIÓN EN LA SUBRED
12	12. ASISTI Y CUMPLI CON EL PLAN DE CURSO ESTABLECIDO POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE, LOGRANDO EL DESARROLLO DE NUECVAS COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA OPTIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL
13	13. ASISTI Y PARTICIPE EN 2 ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, CONTIBUYENDO A LA ARTICULACIÓN ENTRE SUBRED Y AL COMUNIDAD PARA LA MEORA CONTINUA DE LA SPRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92416928	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/18	$ 191.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/18	$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/18	$ 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	*YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ* *PS_1510_2025_2E4E8E* **YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ** **CC: 1031165776**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1510_2025_2E4E8E* **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_1510_2025_2E4E8E* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **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	1031165776	YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ	Transversal 5 g #48 b 40	5677566	Catherinemendezp96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	92416928	$473.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	191.200	0		0		0	0	0	0	191.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	244.700	0	0	0	0	0	0		244.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	37.300				37.300	0	0	37.300			373	37.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	191.200	191.200
Pensión	1	244.700	244.700
Riesgos Laborales	1	37.300	37.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	473.200	473.200

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
CC	1031165776	YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ		Transversal 5 g #48 b 40	5677566	Catherinemendezp96@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	92416928	$473.200	

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	Exonerado	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	1031165776	MENDEZ PEREZ YEIMY CATHERINE	59	0			N								X								230201	1.528.858	244.700	0	0	0	0	EPS010	1.528.858	191.200	14-11	1.528.858	3	37.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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