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:	**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**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.709.728**
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**				

MARILUZ SALAZAR ALDANA
PS_1426_2025_6018FA

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:	$ 48.451.296	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.709.728
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	Sensibilicé a (36) Usuarios y familias sobre derechos y deberes Salud, protocolos de ingreso/egreso, (12) Usuarios y familias sobre el Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar, (15) funcionarios sobre temáticas propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y realice (*3*) encuestas de Derechos y Deberes a Funcionarios, Usuarios y Familia y a Personal Tercerizado.
2	Ejecuté (33) acciones de orientación y aclaración de trámites administrativos ante la EPS/IPS, facilitando el direccionamiento de los usuarios para la recepción de atención médica sin barreras administrativas.
3	Suministré y actualicé de manera oportuna la información en la base de datos institucional, garantizando el seguimiento sistemático de la población vulnerable y el registro detallado de (15) estudios sociales de caso adelantados durante el periodo.
4	Realicé el censo diario en los servicios asignados, logrando la identificación oportuna de pacientes en condición de vulnerabilidad, riesgo social o abandono.
5	Efectué (3) entrevistas sociales para verificar redes de apoyo y aseguramiento, notificando los casos a los entes competentes y gestionando la ubicación de pacientes en abandono ante la Secretaría Distrital de Integración Social; todas las intervenciones fueron debidamente evolucionadas y soportadas en la historia clínica.
6	Coordiné y ejecuté (0) traslados interinstitucional de niños, niñas y adolescentes en vehículo institucional para el restablecimiento de sus derechos, articulando acciones efectivas con entes competentes como el ICBF, Comisarías de Familia y Policía de Infancia y Adolescencia, garantizando el cumplimiento de los protocolos de protección vigentes.
7	Gestioné y tramité de manera oportuna (0) solicitudes de oxígeno domiciliario para los usuarios que contaban con diagnóstico y autorización médica, asegurando la continuidad del tratamiento respiratorio y facilitando el proceso de egreso hospitalario.
8	Adelanté (4) trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros, según la particularidad de cada caso
9	Diligencié (1) fichas SIVIM correspondientes y gestioné los procesos de identificación de pacientes fallecidos en las diversas USS de la Subred Centro Oriente, garantizando el cumplimiento de los protocolos legales vigentes.
10	Realicé el cargue de (25) registros en el aplicativo "SI Cuéntanos Bogotá" conforme a las barreras de acceso identificadas.
11	Realicé (10) seguimiento y acompañamiento a pacientes con barreras administrativas derivadas de su afiliación en otros municipios, brindando la orientación necesaria para normalizar su estado prestacional y asegurar la continuidad de su atención prenatal en la Subred.
12	Realicé (0) consultas sociales de los pacientes remitidos por el área médica, efectuando la valoración integral de sus determinantes sociales para aportar una visión interdisciplinaria al plan de tratamiento institucional.
13	Asistí y cumplí con el plan de curso (SERVICIO A LA CIUDADANÍA) establecido por la Subred Centro Oriente, logrando el desarrollo de nuevas competencias profesionales para la optimización de los procesos del área de Trabajo Social.
14	Asistí y participé en (1) espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, contribuyendo a la articulación entre la Subred y la comunidad para la mejora continua de la prestación 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° 9495303212	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	$ 185.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/10	$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	$ 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_6018FA* **MARILUZ SALAZAR ALDANA** **CC: 1016015454**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1426_2025_6018FA* **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_6018FA* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **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
2025-11	2025-11	1994525093	9495303212	I	2025/12/12	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	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)					$1,483,891	$237,500			$1,483,891	$185,500			$1,483,891	$29,700			$1,483,891	$36,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,483,891	$237,500			$1,483,891	$185,500			$1,483,891	$29,700			$1,483,891	$36,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,483,891	$237,500			$1,483,891	$185,500			$1,483,891	$29,700			$1,483,891	$36,200		$0	$0
1	CC	1016015454 SALAZAR MARILUZ	230201	30	$1,483,891	$237,500	EPS008	30	$1,483,891	$185,500	CCF24	30	$1,483,891	$29,700	14-7	30	$1,483,891	$36,200	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,483,891	$237,500			$1,483,891	$185,500			$1,483,891	$29,700			$1,483,891	$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
2025-11	2025-11	1994525093	9495303212	I	2025/12/12	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1426 2025 - CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1426 2025 - CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1426 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 - CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1426 2025 - CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf.pdf (Archivado)	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	.PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf.pdf	.PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1426 2025 CRP-6087.pdf	1 PS 1426 2025 CRP-6087.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1426 2025 CRP-15644.pdf	2 PS 1426 2025 CRP-15644.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf.pdf	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1426 2025 CRP-19702.pdf	3 PS 1426 2025 CRP-19702.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf.pdf	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1426 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >