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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA**			**CC:**	**1012405008**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DDANIELAa18@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3114444044**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 70 SUR 78C 92**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488411783803**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1434 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.765.936**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA
PS_1434_2025_7B0B9E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA
CC: 1012405008
CEL: 3114444044

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			
ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA			
	CON C.C N°	**1.012.405.008**	
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 1434 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**201**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.385.856	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.765.936
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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	Ejecuté 50 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.
2	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 7 estudios sociales de caso adelantados durante el periodo.
3	Realicé el censo diario en los servicios asignados, logrando la identificación oportuna de pacientes en condición de vulnerabilidad, riesgo social o abandono
4	Coordiné 5 traslados 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.
5	Gestioné y tramité de manera oportuna 4 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.
6	Adelanté 3 trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros, según la particularidad de cada caso.
7	Realicé el cargue de (25) registros en el aplicativo "SI Cuéntanos Bogotá" conforme a las barreras de acceso identificadas.
8	Realicé 6 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.
9	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.
10	Asistí y cumplí con el plan de curso establecido por la Subred Centro Oriente, logrando el desarrollo de nuevas competencias profesionales para la optimización de los procesos del área de Trabajo Social.
11	Efectué 18 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.
12	Asistí y participé en 1 espacio 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.
13	Diligencié 2 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.
14	Ejecuté 36 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.
15	Garanticé la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.
16	Cumplí 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.
17	Porté visiblemente los elementos institucionales y mantuve 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.
18	Cumplí con las demás obligaciones que fueron asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo con las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la Subred.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 5171960	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/09	$ 191.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/09	$ 245.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/09	$ 37.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 474.200

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	*ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA* *PS_1434_2025_7B0B9E* **ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA** **CC: 1012405008**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1434_2025_7B0B9E* **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_1434_2025_7B0B9E* **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	1012405008	ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA	CL 70 SUR 78C 92	9252470	ddanielaa18@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	
2025-12	2025-12	I	09/01/2026	5171960	$474.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	191.200	0		0		0	3	400	0	191.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	244.700	0	0	0	0	3	500	0	245.200	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	3	100	37.400			373	37.400	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	191.600
Pensión	1	244.700	245.200
Riesgos Laborales	1	37.300	37.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	473.200	474.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012405008	ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA	CL 70 SUR 78C 92	9252470	ddanielaa18@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	
2025-12	2025-12	I	09/01/2026	5171960	$474.200	

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	Estornado	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	1012405008	MORENO VALDERRAMA ANGIE DANIELA	59	0			N																	230301	1.528.858	244.700	0	0	0	0	EPS002	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