

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL			CC:	1015429829
CORREO ELECTRÓNICO:	LINEVELAND@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3102231376
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 79 B 40 A 23 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488420551761
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1454 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				
 EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL PS_1454_2025_740DB1 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL CC: 1015429829 CEL: 3102231376					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL

CON C.C N° 1.015.429.829

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 1454 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:	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	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 (25) 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 (Durante este mes no se realizaron) 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 (60) 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 (2) 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 (18) 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 (6) trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros, según la particularidad de cada caso.
9	Diligencie (Durante este mes no se realizaron) 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 (80) 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 (Durante este mes no se realizaron) 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 (la reunión de los) 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° 92326664	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/12	\$ 185.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/12	\$ 238.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/12	\$ 36.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 460.200

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	 EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL PS_1454_2025_740DB1 EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL CC: 1015429829
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN PS_1454_2025_740DB1 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_1454_2025_740DB1 ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015429829	EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL		cra 79 b # 40 a 23 sur	3102231376	lineveland@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	12/12/2025	92326664	\$490.000
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	185.500	0		0		0	3	400	0	185.900	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	237.500	0	0	0	0	3	500	0	238.000	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	36.200				36.200	3	100	36.300			362	36.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	29.700
							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	185.500	185.900
Pensión	1	237.500	238.000
Riesgos Laborales	1	36.200	36.300
CCF	1	29.700	29.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	488.900	490.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015429829	EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL		cra 79 b # 40 a 23 sur	3102231376	lineveland@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
2025-11	2025-11	I	12/12/2025	92326664	TOTAL A PAGAR
					\$490.000

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1015429829	BORDA LANDAZABAL EVELIN MAYERLY	59	0		N																	230301	1.483.891	237.500	0	0		0	0	EPS008	1.483.891	185.500	14-11	1.483.891	3	36.200	CCF24	1.483.891	29.700	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1454 2025 - CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1454 2025 - CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1454 2025 - CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 - CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1454 2025 - CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf (Archivado)	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1454 2025 CRP-6115.pdf	1 PS 1454 2025 CRP-6115.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1454 2025 CRP-15666.pdf	2 PS 1454 2025 CRP-15666.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1454 2025 CRP-19725.pdf	3 PS 1454 2025 CRP-19725.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL.pdf	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL.pdf	PS 1454 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>