

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA		CC:	53123292	
CORREO ELECTRÓNICO:	DAVA13@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3103207009	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 90 84 A 23		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	441514783

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1925 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.723.720
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA

PS_1925_2026_0653D9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA

CC: 53123292

CEL: 3103207009

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA

CON C.C N°

53.123.292

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS 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 1925 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.618.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.723.720
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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	Apoye 35, casos en la activación, orientación y gestión de las rutas de atención integral en salud en los casos relacionados con violencia física, sexual, psicológica o basada en género; conflicto armado; ataques con agentes químicos; negligencia o abandono; , intento de suicidio; eventos asociados a salud mental; enfermedades transmisibles; condiciones materno-perinatales y atención a poblaciones vulnerables, garantizando la aplicación del enfoque diferencial y de derechos.
---	---

2	Gestione las interconsultas por riesgo psicosocial y determinantes sociales de la salud, emitidas por los profesionales y equipos interdisciplinarios, asegurando el registro sistemático, el seguimiento en la historia clínica, la trazabilidad de los casos, la articulación interinstitucional y los soportes de gestión correspondientes (60).
---	---

3	. Realice 22 censos diario del área de hospitalización, cama a cama, identificando riesgos psicosociales, estado del aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), dificultades socioeconómicas asociadas a la capacidad de pago y demás factores que incidan en el bienestar del paciente y su entorno, orientando la gestión para la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud (88)
---	---

4	Apoye la verificación, gestión y seguimiento del estado del aseguramiento de los pacientes en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) en la página de comprobador de derechos de la secretaria distrital de salud, y en la página de (ADRES), consulta de 140, novedades por suspensión por mora condición de particular o retiro conforme al decreto 616 de 2022, acompañando la solicitud de encuesta SISBEN y la valoración de barreras de acceso a los servicios de salud.
---	--

5	Apoye en la gestión de 30 casos de pacientes en condición de abandono social o sin red de apoyo, de conformidad con los criterios establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E., incluyendo la caracterización social, elaboración de informes sociales, gestión de cupos institucionales, reconocimiento domiciliario y articulación con redes comunitarias e institucionales.
---	--

6	Apoye en la elaboración y seguimiento de 10 estudios sociales de caso a población migrante irregular, describiendo la situación del paciente, la información suministrada por el usuario y la orientación brindada para su proceso de regularización en el país, conforme a la normatividad vigente.
---	--

7	Diligencie 140 registros y actualización de manera completa, legible, veraz y oportuna las historias clínicas, registros y demás documentos derivados de las intervenciones realizadas en desarrollo del objeto contractual, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y de los protocolos institucionales relacionados con el manejo de la información clínica. lo anterior incluye, entre otros, el diligenciamiento de la ficha SIVIM como evento de interés en salud pública, la aplicación del test APGAR familiar, la actualización de bases de datos institucionales relacionadas con pacientes en condición de abandono social, casos de violencia, población indígena emberá, solicitudes de 20 oxígeno, estudios sociales de caso, así como los demás documentos y reportes que se deriven del objeto contractual.
---	--

8	Apoye el seguimiento semanal a pacientes con cargo al fondo financiero distrital de salud (FFDS), garantizando la continuidad de la atención y la articulación con las áreas responsables (88)
---	--

9	Apoye en 20 trámites de solicitudes de oxígeno domiciliario, incluyendo la gestión de autorizaciones, el seguimiento, el registro en las bases institucionales y la comunicación con pacientes, familias y áreas involucradas.
---	--

10	Gestione 10 procesos en la identificación de pacientes sin documentación y NN puros, mediante la articulación con la registradora nacional del estado civil, personerías, instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, migración Colombia, embajadas y demás entidades competentes, garantizando el restablecimiento del derecho a la identidad.
----	---

11	Brinde el acompañamiento en los traslados interinstitucionales hacia entidades como el instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF), comisarías de familia, fiscalía general de la nación, IPS receptoras y demás actores de la ruta de atención integral en salud, velando por la protección de los derechos de los pacientes. (10)
----	---

12	Articule a nivel extra institucional, se realizó solicitudes e portabilidades, ante el sistema de seguridad social, generando el reclamo de medicamentos formulados a pacientes ubicado para ubicar pacientes en hogares sustitutos o instituciones de protección con (SDIS,) que no cuenten con red de apoyo familiar, en coordinación con las áreas responsables (60).
13	Brinde la atención psicosocial y contención emocional a pacientes y familias en el marco de procesos clínicos y administrativos, promoviendo el bienestar emocional y el afrontamiento adecuado de situaciones de crisis. (120)
14	Apoyar el desarrollo de actividades informativas, educativas y de sensibilización dirigidas a usuarios, familias, funcionarios de planta, colaboradores y personal tercerizado, orientadas a la apropiación de los temas relacionados con las funciones de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. (36)
15	Registrar de manera oportuna y completa la información en el sistema de información institucional si cuéntanos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la subred. (25).
16	Garantice la reserva, confidencialidad, privacidad y protección de los datos personales e información de los pacientes y usuarios, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la subred * se parte del principio de la buena fe decreto 780 del 2016 *
17	Participar en reuniones, espacios de fortalecimiento, capacitaciones y actividades convocadas por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano y/o por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.
18	Apoye en los subprocesos de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, de acuerdo con las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual, en atención al usuario, brindando orientación e información, en la atención de pacientes y su red de apoyo familiares de acuerdo con sus necesidades, realizando cursos de capacitación.
19	Cumplí con las obligaciones contractuales dentro de los tiempos y condiciones requeridos, de acuerdo con las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred, conforme al perfil definido.
20	Aporte de manera visible los elementos de identificación institucional y mantener una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales (Carné institucional)
21	Cumplí con las demás obligaciones que se deriven directamente del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 82060739	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/13	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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



VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA

PS_1925_2026_0653D9

VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA

CC: 53123292

FIRMA DE QUIEN VALIDA



WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

PS_1925_2026_0653D9

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_1925_2026_0653D9

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53123292	VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA		Calle 83 # 96 -51	3103207009	dava13@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82060739	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

Búsqueda	Mis procesos	Menú	Ir a
----------	--------------	------	------

 

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

- 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

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 1925 2026- CUENTA DE COBRO FEBRERO VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA.pdf	PS 1925 2026- CUENTA DE COBRO FEBRERO VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1925 2026 CRP -10321.pdf	1 PS 1925 2026 CRP -10321.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1925 2026 - CUENTA DE COBRO MARZO VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA.pdf	PS 1925 2026 - CUENTA DE COBRO MARZO VANESSA DANA MARTINEZ ACOSTA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

PS 1925 CUENTA DE COBRO ABRIL
2026 VANESSA MARTINEZ
ACOSTA.pdf

PS 1925 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026
VANESSA MARTINEZ ACOSTA.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>