

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA SALAMANCA ORTIZ			CC:	1031160422
CORREO ELECTRÓNICO:	CAROSALAMANCA95@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3212806484
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12 F 32 D 18 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488406895471
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4460 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.056.490	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/07/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/03 AL 2026/07/31				
 DIANA CAROLINA SALAMANCA ORTIZ PS_4460_2026_EFC305 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA SALAMANCA ORTIZ CC: 1031160422 CEL: 3212806484					

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

DIANA CAROLINA SALAMANCA ORTIZ

CON C.C N°

1.031.160.422

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I 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 4460 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/07/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.274.810	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.274.810	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.056.490
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES
---	------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
---	-------------------------------------

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	Para el mes de julio 2026 se realiza verificación de la gestión documental y radicación en agilsalud de 309 requerimientos ingresados por el Bogotá te escucha, verificando los anexos a la petición.
2	Para el mes de julio se apoya y garantiza los procesos de gestión de los PQRSDF, a partir de la radicación e ingreso en agilsalud para tramite de 309 requerimientos de acuerdo a lo establecido en el Manual para la atención y tramite de PQRS de Origen Ciudadano.
3	Para el mes de julio se apoya en la verificación de base de datos interna a un total de 757 registros validando que la información registrada cumpla con los criterios e información de agilsalud y Bogotá te escucha, como fuente de información para la elaboración de informe mensual.
4	Para el mes de julio se apoya en la verificación de base de datos interna a un total de 757 registros validando que la información registrada cumpla con los criterios e información de agilsalud y Bogotá te escucha, como fuente de información para la elaboración de informe mensual..
5	Para el mes de julio se apoya en la verificación de base de datos interna a un total de 757 registros validando que la información registrada cumpla con los criterios e información de agilsalud y Bogotá te escucha, como fuente de información para la elaboración de informe mensual. No se generan alertas específicas para las áreas.
6	Para el mes de julio se realiza 115 llamadas de las cuales 69 fueron efectivas para la medición de la calidad de la respuesta de acuerdo al Instructivo y manual para la atención y tramite de PQRSDF de origen ciudadano.
7	Para el mes de julio se apoya y garantiza los procesos de gestión de los PQRSDF, a partir de la radicación e ingreso en agilsalud para tramite de 309 requerimientos de acuerdo a lo establecido en el Manual para la atención y tramite de PQRS de Origen Ciudadano..
8	Para el mes de julio se apoya en la verificación de base de datos interna a un total de 757 registros validando que la información registrada cumpla con los criterios e información de agilsalud y Bogotá te escucha, como fuente de información para la elaboración de informe mensual...
9	Para el mes de Julio se garantiza 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.
10	para el mes de julio se participar espacio de fortalecimiento el día 28/07/2026, capacitaciones 08/07/2026 sobre procesos migratorios, así como las demás 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.
11	Para el mes de Julio se apoya a la oficina de Servicio al Ciudadano respecto al envío de datos de las socializaciones colaboradores y usuarios, I y II trimestre 2026 realizadas por parte de orientadores y Trabajadores Sociales que conforman la Oficina, para la proyección de informe plan de acción.
12	Para el mes de julio se cumple 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.
13	para mes de julio se porta de manera visible los elementos de identificación institucional y mantener una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales
14	se cumple con las demás obligaciones que se deriven directamente del objeto contractual.

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 (2026-07-03) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 93433727	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	\$ 219.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	\$ 280.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	\$ 42.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 543.100

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	 DIANA CAROLINA SALAMANCA ORTIZ PS_4460_2026_EFC305 DIANA CAROLINA SALAMANCA ORTIZ CC: 1031160422
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS PS_4460_2026_EFC305 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES PS_4460_2026_EFC305 ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031160422	DIANA CAROLINA SALAMANCA ORTIZ		Carrera 12 D #32f 18 Sur	3212806484	dianacarolinasalamancaortiz@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93433727	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$1,750,905	\$578.300	

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	3	500	0	219.400	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	280.200	0	0	0	0	3	700	0	280.900	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	3	100	42.800			427	42.800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF22	Colsubsidio					860007336-1	35.100	3	100
					Total a Pagar		No. Afiliados		
					35.200		1		

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	218.900	219.400
Pensión	1	280.200	280.900
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	1	35.100	35.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	578.300

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93433727	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$1,750,905	\$578.300	

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Contante	Saludo	Seguro	Enfermedad	Accidente	Tránsito	Trabajo	Tránsito	Trabajo	Tránsito	Trabajo	Tránsito	Trabajo	Tránsito	Trabajo	Tránsito	Trabajo	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1031160422	SALAMANCA ORTIZ DIANA CAROLINA	59	0	N	Y														230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF22	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0