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: (31-07-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1931 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL
PS_1931_2026_9AE54D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL
CC: 1015429829
CEL: 3102231376

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			
EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL			
	CON C.C N°	**1.015.429.829**	
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 1931 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.342.320	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	De acuerdo con la demanda del servicio, realice 1 estudio social de caso a usuario venezolano en condición migratoria irregular que acudieron en búsqueda de atención en salud, informándoles sobre el contrato del fondo financiero para su atención y sobre el proceso de vinculación mediante la realización de estudio social de caso, según el diagnóstico médico. Adicionalmente, orienté frente al proceso de regularización de su situación migratoria en el país.
2	Durante el periodo reportado, en el servicio de consulta externa apoyé la identificación y abordaje de 1 casos de presunta violencia, los cuales remití al servicio de urgencias para la activación de la ruta de atención integral en salud, conforme a los lineamientos institucionales. Asimismo, identifiqué a 5 usuarios en condición de habitabilidad en calle, a quienes brindé orientación para la gestión de la certificación de habitante de calle ante la Secretaría Distrital de Integración Social.
3	En cumplimiento de la obligación contractual, revisé aproximadamente 5 historias clínicas asociadas a errores en la asignación de citas y situaciones administrativas, verificando la información registrada y actualizando los datos de contacto en el sistema Dinámica cuando fue necesario. Asimismo, reporté a las áreas responsables las inconsistencias identificadas, tales como mala asignación de citas, errores en órdenes médicas o programación de procedimientos no ofertados, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y de los protocolos institucionales para el manejo de la información clínica
4	Durante el mes de Julio, realicé 300 orientaciones, direccionamientos y/o aclaraciones sobre trámites administrativos necesarios para recibir atención en salud a los usuarios que acudieron al Hospital La Victoria y Materno Infantil, mediante atención directa en la sala de espera y en la Oficina de Servicio al Ciudadano.
5	Revisé y di seguimiento continuo al cumplimiento de las actividades asignadas al personal a mi cargo, tales como sesiones educativas, aplicación de encuestas de adherencia a derechos y deberes, socialización del portafolio de servicios y registro de barreras en la plataforma Sí Cuéntanos, verificando la ejecución oportuna de las actividades y el adecuado desarrollo de las responsabilidades establecidas. Asimismo, consolidé la información reportada al cierre del mes, elaborando el informe mensual correspondiente y garantizando que los datos consignados fueran completos, veraces y coherentes con las actividades efectivamente desarrolladas.
6	Coordiné e implementé estrategias orientadas a la mejora continua en la prestación del servicio al ciudadano del Hospital La Victoria y Materno Infantil, mediante la asignación de roles y la distribución estratégica del personal en la sala de espera, con el fin de garantizar una adecuada orientación y atención a los usuarios. Adicionalmente, se contó con el apoyo del equipo de enlaces del Contact Center para la asignación de citas, lo que contribuyó a disminuir las filas y mejorar el flujo de atención en la sala de espera.
7	Participé en las reuniones convocadas, la jornada de fortalecimiento llevada a cabo el día 29 de julio, así como en las reuniones con la referente de Servicio al Ciudadano, Carolina: de manera presencial el día 9 de julio, y de forma virtual el 16 de julio.
8	Durante el mes de Julio de 2026, elaboré y consolidé la información correspondiente al informe mensual de sesiones educativas; asimismo, realicé el acta de reunión mensual con el equipo de orientadores de Servicio al Ciudadano y el acta de revisión de cuentas de cobro, de conformidad con las acciones desarrolladas en el marco del proceso de Servicio a la Ciudadanía.
9	Verifiqué periódicamente el aplicativo AgilSalud con el fin de identificar posibles requerimientos, quejas o reclamos relacionados con el equipo de Servicio al Ciudadano y brindar respuesta oportuna según correspondiera. Durante el periodo se gestionaron cero requerimientos, los cuales fueron atendidos y posteriormente socializados con el equipo de orientadores del Servicio al Ciudadano del Hospital La Victoria y Materno Infantil, para fortalecer el proceso y prevenir situaciones similares.

10	Acompañé al equipo de Servicio al Ciudadano (orientadores y técnico) en el desarrollo de sesiones educativas, aplicación de encuestas de adherencia a derechos y deberes y socialización del portafolio de servicios, generando observaciones orientadas al fortalecimiento del proceso. Asimismo, socialicé el instructivo de charlas disponible en Armera y estructuré el cronograma de divulgación en la sala de espera, garantizando la ejecución organizada y continua de las actividades.
11	Registré en el aplicativo Sí Cuéntanos 20 orientaciones brindadas y las barreras de acceso identificadas durante la atención a los usuarios, conforme a la meta establecida por la Oficina, garantizando la calidad y oportunidad del reporte. Asimismo, realicé seguimiento al equipo de trabajo, verificando el cumplimiento y el adecuado diligenciamiento de los registros.
12	Verifiqué diariamente la presencia y adecuada distribución del equipo de trabajo, con el fin de garantizar una atención organizada y oportuna a los usuarios. Asimismo, validé permanentemente la disponibilidad de agendas para especialidades y procedimientos y, cuando no había disponibilidad de agenda para citas, gestioné con la Central de Citas la habilitación correspondiente para asegurar la asignación al usuario en espera.
13	Al verificar la información en la historia clínica de casos específicos identificados en la sala de espera, garanticé la reserva, confidencialidad y adecuado manejo de los datos de los usuarios, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos establecidos por la Subred.
14	Participé 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., a través de la coordinación de la Jefe de Oficina. Entre estas, asistí la jornada de fortalecimiento llevada a cabo el día 29 de julio, así como en las reuniones con la referente de Servicio al Ciudadano, Carolina: de manera presencial el día 9 de julio, y de forma virtual el 16 de julio. En las cuales se dieron a conocer lineamientos específicos que permiten mejorar la experiencia de los usuarios, proporcionando información actualizada, clara y precisa.
15	Durante el desarrollo del contrato, mantuve plena disposición para cubrir y apoyar cualquiera de los subprocesos de la Oficina, conforme a las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual. Actualmente, cumplí con las actividades asignadas en mi rol como referente de Servicio al Ciudadano en el Hospital La Victoria y Materno Infantil, atendiendo de manera oportuna las necesidades del quehacer diario y los requerimientos institucionales.
16	Porté de manera visible los elementos de identificación institucional y mantuve una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales.
17	Cumplí otras funciones derivadas del objeto contractual, incluyendo el apoyo en la asignación de 20 citas y la entrega de 40 turnos en el filtro, actividades realizadas por necesidades del servicio y no contempladas de manera explícita en las funciones habituales del 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92920043	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	$ 219.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 280.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 42.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 542.800

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 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_1931_2026_9AE54D* **EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL** **CC: 1015429829**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1931_2026_9AE54D* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1931_2026_9AE54D* **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	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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92920043	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$1,750,905	$578.000	

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	2	400	0	219.300	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	2	500	0	280.700	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	2	100	42.800			427	42.800	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	2	100	35.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	219.300
Pensión	1	280.200	280.700
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	578.000

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	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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92920043	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$1,750,905	$578.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1015429829	BORDA LANDAZABAL EVELIN MAYERLY	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información