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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JULIAN ZOLAQUE TORRES**			**CC:**	**80253080**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JZOLAQUE16@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3152026373**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 59A BIS SUR 49B 27**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870320332**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1976 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

JULIAN ZOLAQUE TORRES
PS_1976_2026_00652C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULIAN ZOLAQUE TORRES
CC: 80253080
CEL: 3152026373

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			
JULIAN ZOLAQUE TORRES			
	CON C.C N°	**80.253.080**	
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 1976 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.513.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	1. Apoye 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; (42) condiciones materno-perinatales y atención a poblaciones vulnerables, garantizando la aplicación del enfoque diferencial y de derechos.- en el mes de septiembre 2026 no se realizaron activaciones de ruta para restablecimiento de derechos (ICBF y comisarias).
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). En el mes de septiembre se dieron (42) respuestas a interconsultas.
3	Realice el censo hospitalario 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.
4	Apoye la verificación, gestión y seguimiento del estado del aseguramiento de los pacientes en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) que presenten novedades como 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 la gestión de 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. En el mes de septiembre se presentó (1) adulto mayor en seguimiento por abandono social.
6	Apoye la elaboración y seguimiento de 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. Se realizan (3) seguimientos a pacientes en condición irregular dejando evidencia en HC y estudio social de caso.
7	Diligencie, registre y actualice 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 (30), la actualización de bases de datos institucionales relacionadas con pacientes en condición de abandono social, casos de violencia, población indígena emberá, solicitudes de oxígeno, estudios sociales de caso, así como los demás documentos y reportes que se deriven del objeto contractual. En el mes de septiembre se dio (60) seguimientos a pacientes
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. Se realizan (3) seguimientos a pacientes en condición irregular dejando evidencia en HC y estudio social de caso.
9	Apoye el trámite 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. Se realizan (2) tramites de oxígeno domiciliario según requerimiento médico.
10	Gestione la identificación de pacientes sin documentación y NN puros, mediante la articulación con la registraduría 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. (2)

11	Brinde 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. Realice acompañamiento de ciudadanos al socio sanitario Balcanes de la sdis. (2)
12	Articule, a nivel extrainstitucional, la entrega de medicamentos formulados a pacientes ubicados en hogares sustitutos o instituciones de protección que no cuenten con red de apoyo familiar, en coordinación con las áreas responsables. En el mes de septiembre se realizaron (2) tramites de medicamentos y ubicación de ciudadanos en condición de habitabilidad en calle.
13	Brinde 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.
14	Apoye 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. 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 realicé (3) encuestas de Derechos y Deberes a funcionarios, Usuarios y Familia y a Personal Tercerizado.
15	Registre 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. Realicé el cargué de (25) registros en el aplicativo "SI Cuéntanos Bogotá" conforme a las barreras de acceso identificadas.
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.
17	Participe 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. "Asistí y participé en (01) 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."
18	Apoye 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.
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	Porte de manera visible los elementos de identificación institucional y mantener una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales.
21	cumplí 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9510412473	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/09	$ 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 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	*JULIAN ZOLAQUE TORRES* *PS_1976_2026_00652C* **JULIAN ZOLAQUE TORRES** **CC: 80253080**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1976_2026_00652C* **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_1976_2026_00652C* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80253080		ZOLAQUE TORRES JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 89 # 18 F -10 SUR BARR MOCHUELO BAJO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2009504	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	640245188	9510412473	I	2026/09/17	2026/09/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	80253080 ZOLAQUE JULIAN	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80253080		ZOLAQUE TORRES JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 89 # 18 F -10 SUR BARR MOCHUELO BAJO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2009504	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	640245188	9510412473	I	2026/09/17	2026/09/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800