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:	**INGRID LORENA GONZALEZ CERON**			**CC:**	**1018422735**
CORREO ELECTRÓNICO:	**tslorena.ceron@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3112286104**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 19 9 19**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0912094091**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1975 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**				

INGRID LORENA GONZALEZ CERON
PS_1975_2026_8BBB9F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
INGRID LORENA GONZALEZ CERON
CC: 1018422735
CEL: 3112286104

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			
INGRID LORENA GONZALEZ CERON			
	CON C.C N°	**1.018.422.735**	
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 1975 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 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	REALICE 2 ACTIVACION, ORIENTACION Y GESTION DE LAS RUTAS DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD EN LOS CASOS RELACIONADOS CON VIOLENCIA FISICA, SEXUAL, PSICOLOGICA O BASADA EN GENERO; CONFLICTO ARMADO; ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS; NEGLIGENCIA O ABANDONO; INTENTO DE SUICIDIO; EVENTOS ASOCIADOS A SALUD MENTAL; ENFERMEDADES TRANSMISIBLES; CONDICIONES MATERNO-PERINATALES Y ATENCION A POBLACIONES VULNERABLES, GARANTIZANDO LA APLICACION DEL ENFOQUE DIFERENCIAL Y DE DERECHOS.
2	REALICE 40 INTERCONSULTAS POR RIESGO PSICOSOCIAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, EMITIDAS POR LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS, ASEGURANDO EL REGISTRO SISTEMATICO, EL SEGUIMIENTO EN LA HISTORIA CLINICA, LA TRAZABILIDAD DE LOS CASOS, LA ARTICULACION INTERINSTITUCIONAL Y LOS SOPORTES DE GESTION CORRESPONDIENTES.
3	SE REALIZO EL CENSO HOSPITALARIO CAMA A CAMA, IDENTIFICANDO RIESGOS PSICOSOCIALES, ESTADO DEL ASEGURAMIENTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), DIFICULTADES SOCIOECONOMICAS ASOCIADAS A LA CAPACIDAD DE PAGO Y DEMAS FACTORES QUE INCIDAN EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE Y SU ENTORNO, ORIENTANDO LA GESTION PARA LA ELIMINACION DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
4	REALICE APOYO CON 10, GESTIONES Y SEGUIMIENTOS DEL ESTADO DEL ASEGURAMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS). QUE PRESENTEN NOVEDADES COMO SUSPENSIÓN POR MORA, CONDICION DE PARTICULAR O RETIRO CONFORME AL DECRETO 616 DE 2022, ACOMPAÑANDO LA SOLICITUD DE ENCUESTA SISBEN Y LA VALORACION DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
5	EFECTUE EL APOYO EN 8 CASOS DE PACIENTES EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL O SIN RED DE APOYO, DE CONFORMIDAD CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, INCLUYENDO LA CARACTERIZACION SOCIAL, ELABORACION DE INFORMES SOCIALES, GESTION DE CUPOS INSTITUCIONALES, RECONOCIMIENTO DOMICILIARIO Y ARTICULACION CON REDES COMUNITARIAS E INSTITUCIONALES.
6	SE REALIZARON 2 ESTUDIOS SOCIALES DE CASO A POBLACION MIGRANTE IRREGULAR, DESCRIBIENDO LA SITUACION DEL PACIENTE, LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y LA ORIENTACION BRINDADA PARA SU PROCESO DE REGULARIZACION EN EL PAIS, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE
7	DILIGENCIE, REGISTRE Y ACTUALICE DE MANERA COMPLETA, LEGIBLE, VERAZ Y OPORTUNA LAS HISTORIAS CLINICAS, 50 REGISTROS Y DEMAS 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 INFORMACION CLINICA. LO ANTERIOR INCLUYE, ENTRE OTROS, EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA SIVIM COMO EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA, LA APLICACION DEL TEST APGAR FAMILIAR, LA ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS INSTITUCIONALES RELACIONADAS CON PACIENTES EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL, CASOS DE VIOLENCIA, POBLACION INDIGENA EMBERA, SOLICITUDES DE OXIGENO, ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, ASI COMO LOS DEMAS DOCUMENTOS Y REPORTES QUE SE DERIVAN DEL OBJETO CONTRACTUAL.
8	APOYE EL SEGUIMIENTO SEMANAL DE 3 PACIENTES CON CARGO AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD (FFDS), GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION Y LA ARTICULACION CON LAS AREAS RESPONSABLES.
9	REALICE 3 TRAMITES DE SOLICITUDES DE OXIGENO DOMICILIARIO, INCLUYENDO LA GESTION DE AUTORIZACIONES, EL SEGUIMIENTO, EL REGISTRO EN LAS BASES INSTITUCIONALES Y LA COMUNICACION CON PACIENTES, FAMILIAS Y AREAS INVOLUCRADAS.

10	EFECTUE LA IDENTIFICACION DE 5 PACIENTES SIN DOCUMENTACION Y NN PUROS, MEDIANTE LA ARTICULACION CON LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, PERSONERIAS, INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, MIGRACION COLOMBIA, EMBAJADAS Y DEMAS ENTIDADES COMPETENTES, GARANTIZANDO EL RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO A LA IDENTIDAD.
11	BRINDE ACOMPAÑAMIENTO EN 1 TRASLADOS INTERINSTITUCIONALES HACIA ENTIDADES COMO EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF), COMISARIAS DE FAMILIA, FISCALIA GENERAL DE LA NACION, IPS RECEPTORAS Y DEMAS ACTORES DE LA RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD, VELANDO POR LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.
12	SE GENERARON 1 ACCIONES PARA ARTICULAR, A NIVEL EXTRAINSTITUCIONAL, LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS FORMULADOS A PACIENTES UBICADOS EN HOGARES SUSTITUTOS O INSTITUCIONES DE PROTECCION QUE NO CUENTEN CON RED DE APOYO FAMILIAR, EN COORDINACION CON LAS AREAS RESPONSABLES.
13	SE BRINDO ATENCION PSICOSOCIAL Y CONTENCION EMOCIONAL A PACIENTES Y FAMILIAS EN EL MARCO DE PROCESOS CLINICOS Y ADMINISTRATIVOS, PROMOVIENDO EL BIENESTAR EMOCIONAL Y EL AFRONTAMIENTO ADECUADO DE SITUACIONES DE CRISIS.
14	APOYAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES INFORMATIVAS, EDUCATIVAS Y DE SENSIBILIZACION DIRIGIDAS A USUARIOS, FAMILIAS, FUNCIONARIOS DE PLANTA, COLABORADORES Y PERSONAL TERCERIZADO, ORIENTADAS A LA APROPIACION DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
15	REALICE DE MANERA OPORTUNA Y COMPLETA LA INFORMACION EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL SI CUENTANOS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DEFINIDOS POR LA SUBRED.CARGANDO 25 SISMA
16	GARANTIZAR LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y PROTECCION DE LOS DATOS PERSONALES E INFORMACION DE LOS PACIENTES Y USUARIOS, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE YA LOS PROTOCOLOS INTERNOS DE LA SUBRED.
17	PARTICIPAR EN REUNIONES, ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES CONVOCADAS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION 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 PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO Y EN CONCORDANCIA CON EL OBJETO CONTRACTUAL.
19	CUMPLI 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 IDENTIFICACION INSTITUCIONAL Y MANTENER UNA ADECUADA PRESENTACION PERSONAL, EN CUMPLIMIENTO DE LOS MANUALES Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.21. CUMPLIR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVAN 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084366552	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/10	$ 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	*INGRID LORENA GONZALEZ CERON* *PS_1975_2026_8BBB9F* **INGRID LORENA GONZALEZ CERON** **CC: 1018422735**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1975_2026_8BBB9F* **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_1975_2026_8BBB9F* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-25, 09:35:54 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1084366552

Periodo Cotización: agosto de 2026 | Periodo Servicio: agosto de 2026 | Referencia pago 8823528054

PAGADA 10/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGRID LORENA GONZALEZ CERON		
Documento	CC1018422735	Dirección	CL 19 #9 - 19
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3112286104
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1018422735	INGRID LORENA GONZALEZ CERON	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1,750,905	$280,200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$1,750,905	$218,900	2.436	$1,750,905	$42,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$0	$280,200	$218,900	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,800	$1,000	$542,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.