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:	**NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA**			**CC:**	**1026287516**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NFSG13@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3192751504**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 4 1 46 SUR TO 9 1306**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008670299133**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1929 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**				

NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA
PS_1929_2026_0C3BF2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA
CC: 1026287516
CEL: 3192751504

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			
NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA			
	CON C.C N°	**1.026.287.516**	
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 1929 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 3 ACTIVACIONES DURANTE EL MES DE FEBRERO - APOYANDO 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	SE DIO RESPUESTA A LA FECHA DE 22 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.
3	REALICE 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 INCIDEN EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE Y SU ENTORNO, ORIENTANDO LA GESTIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
4	REALICE APOYO EN 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	REALICE APOYO CON 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.
6	A LA FECHA REALICE 2 ESTUDIOS SOCIALES DE CASO SU 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.
7	REALICE 97 GESTIONES EN EL MES DILIGENCIANDO, REGISTRANDO Y ACTUALIZANDO 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 CIVIL 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 EMBERA, SOLICITUDES DE OXÍGENO, ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, ASÍ COMO LOS DEMÁS DOCUMENTOS Y REPORTES QUE SE DERIVEN DEL OBJETO CONTRACTUAL.
8	REALICE APOYO CON 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.

9	REALICE 2 RADICACIONES A LA FECHA DEL TRÁMITE PARA SOLICITUDES DE OXIGENO DOMICILIARIO, INCLUYENDO LA GESTIÓN DE AUTORIZACIONES, EL SEGUIMIENTO, EL REGISTRO EN LAS BASES INSTITUCIONALES Y LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES, FAMILIAS Y ÁREAS INVOLUCRADAS.
10	REALICE 1 GESTION PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES SIN DOCUMENTACIÓN Y NN PUROS, MEDIANTE LA ARTICULACIÓN CON LA REGISTRADURIA 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	SE ESTUVO EN DISPOSICIÓN PARA BRINDAR 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.
12	REALICE ARTICULACIÓN, 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.
13	DESARROLLE 36 SOCIALIZACIONES A USUARIOS DE DERECHOS Y DEBERES, 12 USUARIOS CON EL TEMA: NUEVO MODELOS MÁS BIENESTAR, 15 FUNCIONARIOS CON DOBLE TEMÁTICA (DERECHOS Y DEBERES Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES SERVICIO A LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD), AL IGUAL QUE 3 ENCUENTAS DE SATISFACCIÓN DIVIDIDAS EN USUARIO, COLABORADOR Y TERCERIZADO), TODAS ORIENTADAS A LA APROPIACIÓN DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
14	REGISTRE 25 USUARIOS 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.
15	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.
16	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.
17	PARTICIPE EN 4 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	REALICE APOYO A 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 A MI 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 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509727158	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/10	$ 219.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/10	$ 281.500

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 544.300

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	*NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA* *PS_1929_2026_0C3BF2* **NICOLAS FELIPE SALAMANCA GUASCA** **CC: 1026287516**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1929_2026_0C3BF2* **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_1929_2026_0C3BF2* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**