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:	**DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE**			**CC:**	**1020827351**
CORREO ELECTRÓNICO:	**daniiell1234@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3218869724**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 21 36 19**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**062087796**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4641 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.003.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/04 AL 2026/08/31**				

DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE
PS_4641_2026_382018

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE
CC: 1020827351
CEL: 3218869724

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			
DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE			
	CON C.C N°	**1.020.827.351**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4641 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.335.040	**No. HORAS EJECUTADAS**	**44**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.981.936	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.003.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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. Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. 1.1 Realicé la apropiación territorial del colegio asignado, mediante el reconocimiento del contexto institucional y territorial. 1.2 Elaboré el acta de apropiación territorial del colegio asignado.
2	2. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar y suscrito entre el FDS y la Subred y/o actualizaciones que correspondan. 2.1 Participé durante una semana en las capacitaciones programadas como parte del proceso de apropiación conceptual y técnica de los lineamientos del convenio Más Bienestar. Asimismo, realicé la revisión de la información suministrada durante las capacitaciones. 2.2 Cuento con registro de asistencias correspondientes a mi participación en las capacitaciones realizadas durante el periodo.
3	3. Entregar al supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos, magnéticos, insumos biomédicos y dotación que se hubieren generado y/o entregado durante su ejecución. 3.1 Esta actividad no la realicé durante el periodo reportado, teniendo en cuenta que corresponde a la finalización del contrato. 3.2 No aplica.
4	4. Realizar el pago de los aportes al sistema general de seguridad social y aportes parafiscales, de conformidad con la Ley 1955 de 2019, Plan de Desarrollo 2018-2022, en su artículo 336 derogó estos preceptos y en su lugar entró a regir el artículo 244 de la misma norma, ratificando lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015, y demás normas que lo reglamenten, complementen o sustituyan. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de incumplimiento y terminación del contrato, para lo cual se dará trámite al proceso pertinente de conformidad con el manual de contratación y acciones legales a que haya lugar.4.1 Durante el periodo reportado se realizó el cumplimiento de la obligación relacionada con el pago de los aportes al sistema general de seguridad social, para lo cual se presentaron los documentos y soportes solicitados. 4.2 Se da cumplimiento mediante la presentación de los documentos solicitados.
5	5. Desarrollar el plan de bienestar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas. 5.1 Realicé las fichas técnicas de acuerdo con las temáticas establecidas para el desarrollo de la estrategia de Embajadores de Bienestar. 5.2 Realicé las actas correspondientes a cada una de las fichas técnicas elaboradas.
6	6. Realizar la planilla de las familias con las que se inician los planes de bienestar familiar o el formato de disentimiento de las familias que rechazan la intervención Y verificar el archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso. 6.1 No realicé esta actividad durante el periodo reportado, debido a que durante este periodo desarrollé actividades de capacitación, apropiación territorial y elaboración de fichas técnicas. 6.2 No aplica.
7	7. Realizar los tamizajes requeridos por el perfil de acuerdo con las fichas técnicas (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, Rejillas de crecimiento y desarrollo resolución 2465 y 3280, cope 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL y Acompañamiento Psicosocial) según aplique. 7.1 No realicé esta actividad durante el periodo reportado, debido a que no había iniciado las intervenciones con usuarios y familias. 7.2 No aplica.
8	8. Realizar las canalizaciones y seguimiento de acuerdo con la necesidad y el riesgo identificado en las familias. 8.1 No realicé esta actividad durante el periodo reportado, debido a que no había iniciado las intervenciones con las familias. 8.2 No aplica.

9	9. Realizar agendamiento en tiempo real a la unidad resolutiva más cercana del usuario acorde a lo establecido en los lineamientos técnicos. 9.1 No realicé esta actividad durante el periodo reportado, debido a que no había iniciado las intervenciones con usuarios y familias. 9.2 No aplica.
10	10. Realizar notificación de eventos de interés de salud pública de acuerdo con la necesidad. 10.1 Durante el periodo reportado no realicé notificaciones de eventos de interés de salud pública, al no presentarse situaciones que requirieran dicha acción. 10.2 No aplica.
11	11. Realizar el cargue al aplicativo GTAPS con calidad y oportunidad la información de las familias visitadas en el convenio equipos Más Bienestar en tu Hogar acorde a lo establecido en los lineamientos técnicos. 11.1 No realicé esta actividad durante el periodo reportado. 11.2 No aplica.
12	12. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 12.1 Participé en la reunión administrativa programada durante el periodo y en las actividades de capacitación relacionadas con el desarrollo del objeto contractual. 12.2 Cuento con los soportes de asistencia a la reunión administrativa y a las actividades de capacitación.
13	13. Cumplir con actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred, de acuerdo a las horas contratadas. 13.1 Realicé los productos asignados durante el periodo, correspondientes a la elaboración de fichas técnicas y sus respectivas actas, de acuerdo con las orientaciones recibidas durante el proceso de capacitación. 13.2 Fichas técnicas y actas elaboradas.
14	14. Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos a los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo Más bienestar en tu hogar. 14.1 Realicé la revisión y elaboración de los documentos asignados durante el periodo, correspondientes a las fichas técnicas y actas de las actividades programadas. 14.2 Fichas técnicas y actas elaboradas.
15	15. Realizar cargue y entrega de cuenta de cobro en los tiempos establecidos, por la subred integrada de servicios de salud Centro Oriente, con la calidad requerida. 15.1 Realicé la preparación de la documentación correspondiente para la entrega de la cuenta de cobro, de acuerdo con los requisitos establecidos. 15.2 Soportes correspondientes a la cuenta de cobro.
16	16. Dar cumplimiento de la Política de Protección y Tratamiento de Datos Personales y de la Política General de Seguridad de la Información del FFDS-SDS y sus similes en la SISS. 16.1 Di cumplimiento a las orientaciones relacionadas con la protección y tratamiento de datos personales y seguridad de la información durante las actividades desarrolladas en el periodo. 16.2 No aplica.
17	17. Realizar notificación del trabajo infantil, del trabajo forzoso, de las conductas discriminatorias, del hostigamiento sexual, de la violencia y de la discriminación contra las mujeres. 17.1 Durante el periodo reportado no realicé notificaciones relacionadas con trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres, debido a que no se presentaron situaciones que requirieran dicha notificación. 17.2 No aplica.
18	18. Apropiar las medidas para prevenir, corregir y denunciar el hostigamiento sexual, la violencia y la discriminación contra las mujeres, en sus actividades empresariales y cadena de suministro en el marco de la ejecución del presente convenio. 18.1 No se reporta actividad relacionada con esta obligación durante el periodo correspondiente.18.2 No aplica.
19	19. Cumplir, según su perfil y responsabilidades asignadas, con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio más bienestar vigente, suscrito entre el FDS y la subred, así como con los lineamientos técnicos y operativos que de este se deriven. 19.1 Di cumplimiento a las actividades que me fueron asignadas durante el periodo, participando en las capacitaciones programadas, en la reunión administrativa, en la apropiación territorial del colegio y en la elaboración de las fichas técnicas y actas correspondientes, de acuerdo con las orientaciones y responsabilidades asignadas. 19.2 Fichas técnicas, actas, acta de apropiación territorial y soportes de asistencia a las actividades realizadas.

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 (2026-08-04) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE* *PS_4641_2026_382018* **DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE** **CC: 1020827351**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4641_2026_382018* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_4641_2026_382018* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1020827351		MUÑOZ TOLE DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 21 #36-19	SOACHA-CUNDINAMARCA	3218869724	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	1000000242	9512588060	I	2026/10/14	2026/10/13	BANCO DE BOGOTA	0	$585,900

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)					$1,857,200	$297,200			$1,857,200	$232,200			$1,857,200	$11,200			$1,857,200	$45,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,857,200	$297,200			$1,857,200	$232,200			$1,857,200	$11,200			$1,857,200	$45,300		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,857,200	$297,200			$1,857,200	$232,200			$1,857,200	$11,200			$1,857,200	$45,300		$0	$0
1	CC	1020827351	MUÑOZ DANIEL	230301	30	$1,857,200	$297,200	EPS005	30	$1,857,200	$232,200	CCF22	30	$1,857,200	$11,200	14-23	30	$1,857,200	$45,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,857,200	$297,200			$1,857,200	$232,200			$1,857,200	$11,200			$1,857,200	$45,300		$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 1020827351		MUÑOZ TOLE DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 21 #36-19	SOACHA-CUNDINAMARCA	3218869724	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	1000000242	9512588060	I	2026/10/14	2026/10/13	BANCO DE BOGOTA	0	$585,900

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	$297,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$297,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,300	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$45,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,200	$0					$0	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$11,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,200	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$232,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$585,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$297,200
$297,200
$45,300
$45,300
$11,200
$11,200
$232,200
$232,200
$585,900

11:25

Planilla asistida

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 006530

Fecha y hora: 13/10/26 - 11:25

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9512588060

Valor	$ 585.900 ,00
Costo de la transacción	Gratis

Banco de Bogotá TRANSACCIÓN DIGITAL PAGADO

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 062087796

Realizar nuevo pago

Compartir