

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ			CC:	1033758978	
CORREO ELECTRÓNICO:	RODRIGUEZDAYANA85@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3023467323	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 128 # 145 - 20			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4922009734	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1497 2025	N° CDP:	2464	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.709.728					



DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ
PS_1497_2025_933A06

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ

CC: 1033758978

CEL: 3023467323

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ

CON C.C N° 1.033.758.978

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 1497 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.838.912	No. HORAS EJECUTADAS	198
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.209.696	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

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	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.//Durante el mes se realizarán notas de seguimientos (26) e interconsulta en Dinamica gerencial.(58)
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle, pacientes programados madre canguro, y estudios sociales de caso que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social./ En el mismo mes se reportaron casos a Secretaria Distrital de Integración Social, ubicaciones, estudios sociales de caso(100) y reportes a fiscalia para plena identidad. (2 CASO)
3	Realizar censo diario en los servicios asignados e Identificar pacientes en condición de vulnerabilidad y/o con riesgo social y en condición de abandono social para realizar entrevista social verificando redes de apoyo familiar, institucional y/o sociales datos de contacto (telefónicos y de domicilio), aseguramiento, describiendo la situación encontrada durante la intervención, con notificación a entes competentes. Realizar seguimiento, evolución y ubicación de pacientes identificados en condición de abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población. Realizar registro de la gestión en la historia clínica con los debidos soportes./Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente, gestiones realizadas por Trabajo Social donde se describe redes de apoyo y se realiza censo diario.(83) seguimientos
4	Realizar la coordinación inter-institucional, solicitud y traslado en vehículo institucional de niños, niñas y adolescentes para restablecimiento de derechos requerida articulando acciones con los entes competentes tales como: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Comisarias, Registradoras, Policía Nacional y/o de Infancia y Adolescencia/soportes de correos enviados a las intituciones y soportes de recibido, adjuntos a la historia clinica del paciente.(5) reportadosa ICBF Y COMISARIA
5	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica / Se han radicado solicitudes de oxigeno domiciliario en articulacion con la oficina de autorizaciones con registro de gestion en Dinamica Gerencial y Drive de oxigenos. (1) OXIGENO
6	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, diligenciamiento de ficha SIVIM, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E./Se adjunta soportes en la historia clinicia y en fisicos si es el caso. (1) REPORTE
7	Realizar el ingreso en el aplicativo Cuéntanos Bogotá de orientaciones grupales y de barreras de acceso Y estudios sociales de caso, identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud./Soporte aplicativo "Si Cuentanos Bogotá" se realizan mensualmente (30) ingresos al aplicativo.
8	Realizar la Consulta social de los pacientes remitidos por el área médica de la Subred./valoración de interconsulta o seguimiento, de trabajo soical en la historia clinica del paciente.
9	Apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano.//soportes de productividad según gestión realizada.
10	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva. /Se realiza seguimientos y gestiones correspondientes según aplique para cada caso y a necesidad del servicio.
11	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E/Se envía certificación a correos intitucionales del área encargada..
12	Realizar búsqueda de datos de contacto y ubicación en la historia clínica en las diferentes notas que intervienen al paciente./soportes respuesta de interconsulta o seguimineto en la historia clinica.

13	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E./Se envía certificación a correos institucionales del área encargad
14	Asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.//soporte de planillas de asistencia o virtual link de asistencia.
15	Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.//soportes anexos en la historia clínica o reportes en los diferentes aplicativos.
16	Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E./Soportes en físicos o por aplicativo.
17	Portar visiblemente los elementos institucionales y mantener una adecuada presentación personal dando cumplimiento a los Manuales y procedimientos de la Oficina y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.///Portar el carne en lugar visible
18	Las demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.//soportes de productividad según gestión realizada.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 89054691	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/19	\$ 185.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/19	\$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/19	\$ 36.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 459.200

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	<div><div>DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ</div><div>PS_1497_2025_933A06</div></div> <div>DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ</div> <div>CC: 1033758978</div>
--------------------------------	---



WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

PS_1497_2025_933A06

WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN VALIDA

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
PS_1497_2025_933A06

SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO