

5	Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados. () Estudios sociales de caso, realizados a pacientes migrantes en condición irregular.
6	Se realizan registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas. () Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá.
7	Se realiza seguimiento a pacientes gestantes en articulación con el área de autorizaciones. () Diligenciamiento y entrega de ficha SIVIM, siguientes se proyectan a necesidad del servicio
8	Se socializa información a paciente en contexto de hospitalización sobre el modelo de Salud a mi Barrio, Salud a Mi Vereda de la Sub Red Centro Oriente. (24) Firmas de socialización
9	Se realiza trámites pertinentes frente a conocimiento de caso, solicitud de valoración y asignación de cupo para pacientes en abandono social, ante la Secretaría Distrital de Integración Social. () Paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaría Distrital de Integración Social
10	Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato. Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente. Se sensibiliza a funcionarios en derechos y deberes en salud. () Firmas en planilla de orientaciones a funcionarios en temas de derechos y deberes salud y servicio de ingreso, acceso, atención y egresos de paciente en el hospital
11	En los casos en los que se requiere datos adicionales se verifica en la historia clínica con el fin de maximizar información requerida para el tratamiento de caso. Se complementa información de pacientes interconsultados por el servicio médico
12	Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual logrando así fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio. - Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificación del mismo
13	Se asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo. - Se realiza evaluación de asistencia, se envía evidencia a grupo de Trabajo Social
14	Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas naturales que requieren del servicio de trabajo social, ej: talleres, donaciones entre otros. - Se realiza acompañamiento por parte de Trabajo Social
15	Se establecen los espacios propicios para la asertiva atención de los usuarios, garantizando la reserva profesional de cada caso o situación presentada por el paciente. - Atención de casos con garantía de derechos y confidencialidad
16	Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio. - Atención oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y trámites emergentes.
17	Se asiste a los servicio con los elementos institucionales portados correctamente, así como el ingresos a cada servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiología. - Se da cumplimiento a los protocolos establecidos tanto en áreas comunes de los centros de salud, como en los servicios.
18	Se da cumplimiento a los requerimientos, solicitudes y trámites establecidos por la Oficina. - Cumplimiento oportuno de requerimientos por parte del área administrativa.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83218666	OPERADOR:	III PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	17/01/2025	\$	185,500
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	17/01/2025	\$	237,500
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/01/2025	\$	36,200
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 459,200

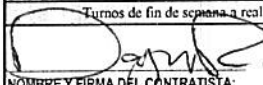
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calculó 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 cps, 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

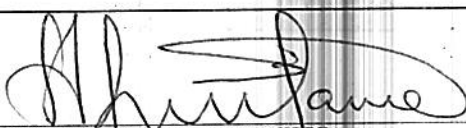
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Turnos de fin de semana a realizar los días 05 y 06 (FESTIVO) de enero, se enviaron los respectivos soportes al correo apoyotecnicoadministrativo@subredcentrooriente.gov.co


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DAYANA KATHERINE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
CC: 1033758978
CEL: 302 346 7323

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: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ			CC:	1033758978
CORREO ELECTRÓNICO:	rodriguezdayana85@gmail.com			RUT (NIT):	1033758978
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 128 # 145 - 20			TELÉFONO:	3023467323
				CIUDAD:	Bogotá
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				(X)	
SI tomaré costos y deducciones				()	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y					
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		4922009734			
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1497 de 2025	Nº CDP:	1	Nº. CRP:	6156
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$14,838,912
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 3.822.144 Tres millones ochocientos veintidos mil ciento cuarenta y cuatro pesos				
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA DAYANA KATHERINE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ C.C. 1033758978 cel: 302 346 7323					

[illegible]

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
Nº DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA: N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE N/A	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (02/ENERO/2025) AL (31/ENERO/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LUZ ALBA QUINTANA FEO CARGO: JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (E)	
			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: TECNICO ADMINISTRATIVO 2	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1033759978	DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ	Cia 128 # 145 - 20	3023467323	rodriguezdayana85@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	2024-12	2024-12	1	17/01/2025	83218668	\$459.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor			
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	185.500	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)	800229739-0	237.500	0	0	0	0	0	0	0	185.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	36.200				36.200	0	0	36.200			362	36.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	185.500	185.500	
Pensión	1	237.500	237.500	
Riesgos Laborales	1	36.200	36.200	
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	459.200	459.200	459.200

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1033758978	DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ		Cra 128 # 145 - 20	3023467123	rodriguezdayana85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		
			</				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	17/01/2025	\$459 200	
				83218666	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]