

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
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	BANCO SCOTIABANK COLPATR	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:	1270	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.822.144					



DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ
PS_1497_2025_B852A0-2025-06-13 11:08:33

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	204
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.370.784	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.822.144
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	Se orienta al paciente y/o familiar sobre los requerimientos que se establecen desde la EPS e IPS, para el goce efectivo de la prestación de los servicios en salud.firmas en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud - (36) registros firmados en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud. Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social - pacientes en seguimiento, por su condición irregular migrante en el país. Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de atención médica. Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos - respuesta a interconsultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de alojamiento conjunto y sala de partos. Se realiza solicitud de oxígeno a pacientes que se encuentran hospitalizados en los servicios de hospitalización, se realizan trámites a necesidad del servicio - trámite de oxígeno domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectan a necesidad del servicio. 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. Se realizan (25) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá. 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. Se socializa información a paciente en contexto de hospitalización/Urgencias sobre El Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. - (12) registros firmados en planilla de socialización. Se realiza trámites pertinentes frente a conocimiento de caso, solicitud de valoración y asignación de cupo para pacientes en abandono social, ante la Secretaria Distrital de Integración Social - paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social. 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 - (30) 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. 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. 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. 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. 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. 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. Se da cumplimiento a los requerimientos, solicitudes y trámites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requerimientos por parte del área administrativa.
---	--

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 87189537	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/06/12	\$ 185.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/06/12	\$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/12	\$ 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 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	 DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ PS_1497_2025_B852A0-2025-06-13 11:08:33 DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ CC: 1033758978
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN PS_1497_2025_B852A0-2025-06-13 19:29:44 WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_1497_2025_B852A0-2025-06-13 22:09:00 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
		TOTAL A PAGAR				
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87189537	\$459.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	185,500	0		0		0	0	0	0	185,500	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 FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	237.500	0	0	0	0	0	0		237.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		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
				No. Autorización	Valor										
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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, 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
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	459.200	459.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033758978	DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ		Cra 128 # 145 - 20	3023467323	rodriguezdayana85@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87189537	10
					TOTAL A PAGAR
					\$459.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna, exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1033758978	RODRIGUEZ MARTINEZ DAYANA KATHERINE				59	0		N																			230201	1.483.891	237.500	0	0	0	0	EPS017	1.483.891	185.500	14-11	1.483.891	3	36.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA