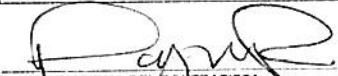


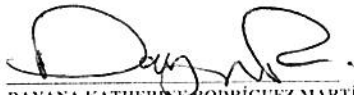
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DAYANA KATHERINE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.033.758.978	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1497 2025	FECHA INICIO CONTRATO 2/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	14.838.912	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO CUATRO (4) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	14.838.912	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.709.728
Nº DE INFORME:	TRES (3)	Nº CRP:	6156 Nº CDP: 1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES 0 PRORROGAS 0
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)			
ITEM			
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		
2	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.		
3	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.		
4	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.		
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 (30) 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/Urgencias sobre El Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. - (24) registros firmados en planilla 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 - (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.		
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 generan 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 servicios 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:	84778836	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	12/3/2025	\$ 191.200
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	12/3/2025	\$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/3/2025	\$ 37.300
OTRO	0	0	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 473.200
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 IBC 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 eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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 realizados los días 22 y 23 de marzo de 2025 se enviarán los respectivos soportes al correo apoyotecnico@participación@subredcentrooriente.gov.co			


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
DAYANA KATHERINE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

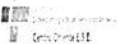
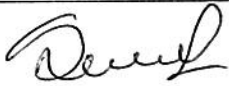
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/3/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAYANA KATHERINE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ			CC:	1033758978
CORREO ELECTRÓNICO:	rodriguezdayana85@gmail.com			RUT (NIT):	1033758978
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 128 # 145 - 20			TELÉFONO:	302 346 7323
				CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.
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				()	
bre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exen					
Regimen 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)					4922009734
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1497 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	6156
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/3/2025 AL 31/3/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 3.709.728				
TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS MDA/CTE					



DAYANA KATHERINE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
C.C. 1.033.758.978
Cel: 302 346 7323

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			DAYANA KATHERINE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.033.758.978			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1497 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/1/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		14.838.912			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$		14.838.912	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	TRES (3)		Nº CRP INICIAL:	6156	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84778836		OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			0	
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN: 0	
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: 0	
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: 0	
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		N/A	
IV. 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 autoriza 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 cargo 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, CERTIFICÓ el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del			1/3/2025	AL	31/3/2025	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ CARGO: JEFE DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO			
			 NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: TÉCNICO ADMINISTRATIVO II			

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1033758978	DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ	Cra 128 # 145 - 20	3023467323	rodriguezdanyas85@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	2025-02	2025-02	1	12032025	84776836
TOTAL A PAGAR					\$473.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización
EPS017	Fantasma EPS	830003564-7	191.200	0		0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Aportes Voluntario Afiliado	Aportes Voluntario Aportante	Aportes FSP - Subalbarca	Valor FSP - Subalbarca	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Protección)	802228739-0	244.700		0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Valor Neto Colización	Días Colización	Valor FSP - Colización	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	899803790-5	37.300			37.300	0	0	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RFP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	191.200	191.200	191.200
Pensión	1	244.700	244.700	244.700
Riesgos Laborales	1	37.300	37.300	37.300
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	473.200	473.200	473.200

[illegible]