

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.822.144	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div>DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ PS_1497_2025_143626</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ CC: 1033758978 CEL: 3023467323</div>					

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:	\$ 41.031.840	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.822.144
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

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 realizaron notas de seguimientos (80) 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. (31) 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. () 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 (25) ingresos al aplicativo.
8	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.
9	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.
10	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 envia certificación a correos intitucionales del área encargada..
11	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.
12	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 envia certificación a correos intitucionales del área encargada

13	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 vistual link de asistencia.
14	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.
15	Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.//soportes anexos en la historia clinica 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 fisicos 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 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91280773	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/12	\$ 185.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/12	\$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 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 ningún 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	<div><div>DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ PS_1497_2025_143626</div></div> <div>DAYANA KATHERINE RODRIGUEZ MARTINEZ CC: 1033758978</div>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA



WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

PS_1497_2025_143626

WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN
SUPERVISOR ALTERNO

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



ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

PS_1497_2025_143626

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91280773	TOTAL A PAGAR \$488.900

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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.700	0	0	29.700	1

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	1	29.700	29.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	488.900	488.900

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
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91280773	10
					TOTAL A PAGAR
					\$488.900

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	CCF24	1.483.891	29.700	0	0	0	0	0	

PAGADA