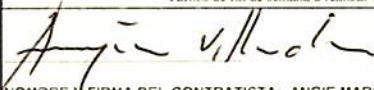
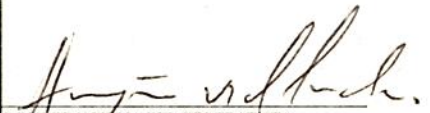
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CODIGO: AP-1A-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ANGIE MARCELA CACERES VILLADA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.022.990.693		
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 EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1456 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 14.838.912		02/01/2025 CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 14.838.912		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		2		Nº CDP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		Cuatro meses			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SHIRLEY JANNEITH TORRES RODRIGUEZ. - JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE POLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA		N/A		FECHA DE APROBACION:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas 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.				
2	Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el area de trabajo social para realizar estudios de caso. Asi mismo ingreso de informacion a base de datos acerca de pacientes en abandono social.				
3	Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de urgencias y donde se requiera apoyo. Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervencion dando respuesta a los requerimientos				
4	Se realiza solicitud de oxigeno a paciente se encuentra hospitalizada en el servicio de urgencias, se realizan tramites a necesidad del servicio.				

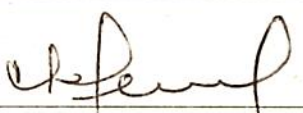
5	Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados.		
6	Se realizan registros en aplicativo Cuentanos Bogotá según barreras identificadas.		
7	Se realiza seguimiento a pacientes gestantes en articulación con el área de autorizaciones.		
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.		
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.		
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.		
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.		
12	Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual logrando así fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio.		
13	Se asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo.		
14	Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas naturales que requieren del servicio de trabajo social, ej: talleres, donaciones entre otros.		
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.		
16	Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio.		
17	Se asiste al servicio con los elementos institucionales portados correctamente, así como el ingreso a cada servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiología.		
18	Se da cumplimiento a los requerimientos, solicitudes y trámites establecidos por la Oficina.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	84057972		
OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/2/2025	S 191,200
PENSIÓN:	PORVENIR	10/2/2025	S 244,700
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	10/2/2025	S 37,300
OTRO			
TOTAL PAGADO			S 473,200
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2 - Que realice el pago de la Seguridad Social donde el 10% se calcula 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 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rut). 3 - Que adjunte 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 08 y 09 de febrero, se enviarán los respectivos soportes al correo apoyotecnicofparticipacion@subredcentroorientegov.co			
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE MARCELA CACERES VILLADA CC: 1022990693 CEL: 3203589970			

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						CÓDIGO: AP-IA-FT-014	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 6	
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						FECHA: 2024-09-16	
Y DE APOYO A LA GESTIÓN							
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE MARCELA CACERES VILLADA					CC:	1022990693
CORREO ELECTRÓNICO:	angie.caceres@centroorientesalud.gov.co					RUT (NIT):	1022990693
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 10 este No 86-12 sur					TELÉFONO:	3203589970
						CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024,							
NO tomare costos y deducciones						(NO)	
SI tomare 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 paragrafo							
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 Regimen Simple de Tributación						SI ()	NÓ (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488435145203	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1456 2025	Nº CDP:	1	Nº CRP:	6117	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 4 CUATRO MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14.838.912	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025-28/02/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	3.709.728						
TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/TE							
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA ANGIE MARCELA CACERES VILLADA C.C 1022990693 cel: 3203589970							

		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			ANGIE MARCELA CACERES VILLADA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.022.990.693		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
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 EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL FS No.		PS 1456 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S		14.838.912	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S	14.838.912		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 3.709.728
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	6117	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	Cuatro meses				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		84057972		OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		21-V HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ. - JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		0	0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	S	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE	
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 autorizo 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 (01/FEBRERO 2025) AL (28 FEBRERO 2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ CARGO: JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: TÉCNICO ADMINISTRATIVO II

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	2
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	1	16.02.2025	8410.9702	8410.9700

TOTALES SALUD

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	791.200	1

TOTALES PENSIÓN

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
0	0	0	0	0	0		244,700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

	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
	Autorización	Valor										
				37 300	0	0	37 300			373	37 300	1

TOTALES CAJAS

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 PARAFISCALES

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	191.200	191.200
Pension	1	244.700	244.700
Riesgos Laborales	1	37.300	37.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
IGB=	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	473.200	473.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIP ³	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO
CC	1022590293	ANGIE MARCELA CACERES VILLADA		CR 10 ESTE 86 12 SUR	6594377	angievillada1023@gmail.com
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente				BOGOTA D. C.	BOGOTA 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)	CANTIDAD	
				EMPL-EADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	1	30.02.2025	840579.72	\$473.200

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]