Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN 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

DIANA KATERIN PAÉZ PEÑA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.016.018.098				
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 1449 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	
N° DE INFORME:	CUATRO (4)	N° CRP:	6110	N° CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	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

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:			N/A

ITEM	IV. 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.
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 interconultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de alojamiento conjunto y sala de partos.
4	Se realiza solicitud de oxigeno a pacientes que se encuentran hospitalizados en los servicios de hospitalización, se realizan trámites a necesidad del servicio - trámite de oxigeno 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 Secretaria Distrital de Integración Social - paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaria 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
11	En los casos en los que se requiere datos adicionales se verifica en la historia clìnica con el fin de maximizar informaciòn requerida para el tratamiento de caso - Se complementa informaciòn de pacientes interconsultados por le servicio mèdico.
12	Se realiza asistencia y participaciòn activa en el curso mensual, logrando asì fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestaciòn del servicio - Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificaciòn del mismo
13	Se asiste a reuniòn mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestaciòn del mismo - Se realiza evaluaciòin de asistencia, se envìa 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 atenciòn de los usuarios, garantizando la reserva profesional de cada caso o situaciòn presentada por el paciente - Atenciòn de casos con garantia de derechos y confidecialidad.
16	Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio - Atenciòn oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y tràmites emergentes.
17	Se asiste a los servicio con los elementos institucionales portados correctamente, asì como el ingresos a cads servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiologia - Se da cumpliiento a los protocolos establecidos tante en àreas comunes de los centros de salud, como en los servicios.
18	Se da cumplimiento a los requerimientos, solictudes y tràmites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requermientos por parte del área administrativa.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85475510	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	9/4/2025	$ 185.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	9/4/2025	$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/4/2025	$ 36.200
OTRO	COMPENSAR	9/4/2025	$ 29.700
TOTAL PAGADO			$ 488.900

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 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)

Turnos de fin de semana realizados los dias, se enviarán los respectivos soportes al correo apoyotecnicoparticipación@subredcentrooriente.gov.co

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
DIANA KATERIN PAÉZ PEÑA
C.C 1.016.018.098
Cel: 320 297 1616

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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: 30/4/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIANA KATERIN PAÉZ PEÑA**	**CC:**	**1016018098**
		RUT (NIT):	**1016018098**
CORREO ELECTRÓNICO:	**paezkaterints23@gmail.com**	**TELÉFONO:**	**320 297 1616**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**Carrera 9 A # 75 A - 29 Sur**	**CIUDAD:**	**BOGOTA 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	( )

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 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 exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

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:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24167288720**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1449 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6110**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **CUATRO (4) 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**	**1/4/2025**	**AL**	**30/4/2025**		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3.709.728**
	TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS MDA/CTE					

DIANA KATERIN PAÉZ PEÑA
C.C 1.016.018.098
Cel: 320 297 1616

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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	**DIANA KATERIN PAÉZ PEÑA**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.016.018.098**				
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 1449 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:	**CUATRO (4)**	**Nº CRP INICIAL:**	**6110**	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**1**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**CUATRO (4) MESES**				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**85475510**		**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				0	0
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	0
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ 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 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, CERTIFICÓ** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **1/4/2025** **AL** **30/4/2025**

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 TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS** **PERFIL:** **TÉCNICO ADMINISTRATIVO II**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016018098	DIANA KATERIN PAEZ PEÑA	Cra 9 a 75 a 29 sur	8197709	paezkaterints23@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85475510	$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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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
231001	Colfondos	800227940-6	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información