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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BLANCA INES ROA PARRA**			**CC:**	**51938763**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BLANCAROA11.BR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3108078698**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 93 22D 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**6890182360**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1430 2025**	**N° CDP:**	**2464**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.822.144**					

BLANCA INES ROA PARRA
PS_1430_2025_2C9A23

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BLANCA INES ROA PARRA
CC: 51938763
CEL: 3108078698

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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
BLANCA INES ROA PARRA			
CON C.C N°	**51.938.763**		
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 1430 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.322.112	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.822.144
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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 brinda orientación e información general que solicita el usuario de acuerdo a sus necesidades para el acceso a los servicios de salud. Y a la unidad donde se encuentre el usuario.
2	Se realizan 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 (Anexar a HC los que sean pertinentes) Así mismo ingreso de información a DRIVE . Drive para población Embera (Ruta actual por contingencia) . Reporte de casos a las Cohortes institucionales - gestantes- infancia- ITS- RIAS INSTITUCIONALES) convenios atención violencias- Reporte EAPB- SDM- Apoyo conjuntamente con Grupo de abogadas. Notas en Formato estabalecido para copagos o casos particulares. Respuesta a solicitudes en aplicativo AGISALUD
3	Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios urgencias pediatria- hopsitalización, intermedios, UCI.Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a las interconsultas. (los turnos de fin de semana se da respuesta a los diversos servicios en Hospital acorde a programación malla de turnos año2025.
4	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, Usuarios que ingresan a servicio de urgencias como NN- población extranjera e indocumentados. Pediatria fallecidos- y los usuarios (Acorde a los turnos de fin de semana). Algunos usuarios que ingresan sin RC se da carta para Notaria externa. Se hace radicación para trámites oxigeno Domicilairio (diligenciamiento en DRIVE
5	Se hace radicación para trámites oxigeno Domicilairio (diligenciamiento en DRIVE Institucional) registro en HC-correop a autorizaciones-seguimiento al trámite, Con la finalidad de contribuir al giro de cama de manera oportuna.
6	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, Usuarios que ingresan a servicio de urgencias como NN- población extranjera e indocumentados. Pediatria fallecidos- y los usuarios (Acorde a los turnos de fin de semana). Algunos usuarios que ingresan sin RC se da carta para Notaria externa.
7	Se realizan 25 registros a partir de Octubre en aplicativo SI CUENTANOS BOGOTA según barreras identificadas. De las gestiones realizadas con los usuarios atendidos por Trabajo Social.
8	Se realiza seguimiento a paciente pediatría en articulación con la EPS para Portabilidades- Autorización ANEXO3 casos específicos (Emberas- Pacientes bajo protección ICBF).enlaces con los grupos institucionales acorde a cada población. (casos específicos). Enlace con fundaciones y programas sociales paera apoyo social. Seguimientos a Pediatría a contra remisiones o retorno a su lugar habitual de vivienda.
9	Dar respuesta acorde al protocolo de TS institucional a las solicitudes de IC/ Seguimientos de casos.
10	Cumplir oportunamente con los cursos asignados acorde a la modalidad e intensidad horaria
11	Revisar y leer la Historia Clínica, demás soportes del caso. Correos de las áreas intervinientes en el manejo del usuario. Dar continuidad a la transvesavilidad del caso.
12	Cumplir oportunamente con los cursos asignados acorde a la modalidad e intensidad horaria
13	Cumplir oportunamente con las diversas actividades que defina el líder de la unidad/ proceso, entre otros.
14	Realizar las actividades designadas en el momento en que así lo defina el lider de la Unidad o del proceso de la Oficina Participación comunitaria y Servicio al Ciudadano.
15	Cumplir con el Derecho/ Principio de Hábeas Data.
16	Dar cumplimiento a las obligaciones Generales definidas en el documento del Contrato Vigente
17	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.

18	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.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 33849257	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/07/07	$ 191.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/07	$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/07	$ 37.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 473.200

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	*BLANCA INES ROA PARRA* *PS_1430_2025_2C9A23* **BLANCA INES ROA PARRA** **CC: 51938763**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1430_2025_2C9A23* **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_1430_2025_2C9A23* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	BLANCA INES ROA PARRA
IDENTIFICACIÓN:	CC-51938763
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-08-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-08-15
FECHA DE PAGO:	2025-07-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-07
PERÍODO SALUD:	2025-07
NÚMERO PLANILLA:	33849257
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33849257
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.529.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 191.200	$ 191.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.529.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 244.700	$ 244.700
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 1.529.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.300	$ 37.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 473.200	$ 473.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/09/2025