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: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ**			**CC:**	**51949570**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SOLANYIKV@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3158226969**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 72C 10A 14**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**074114133**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1424 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 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.709.728**					

SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ
PS_1424_2025_69A455

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ
CC: 51949570
CEL: 3158226969

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			
SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ			
	CON C.C N°	**51.949.570**	
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 1424 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.097.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.709.728
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
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 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.
2	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.
3	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
4	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. - (12) registros firmados en planilla de socialización.
5	Se realizan (25) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá.
6	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
7	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.
8	Se da cumplimiento a los requerimientos, solictudes y tràmites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requermientos por parte del área administrativa.
9	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.
10	pacientes en abandono social, ante Se realiza trámites pertinentes frente a conocimiento de caso, solicitud de valoración y asignación de cupo para la Secretaria Distrital de Integración Social - paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social.
11	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.
12	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.
13	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 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
14	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.

15	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.
16	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. 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
17	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.
18	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 epidemiologìa - Se da cumpliiento a los protocolos establecidos tante en àreas comunes de los centros de salud, como en los servicios.

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9489692047	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/29	$ 185.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/29	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/29	$ 36.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 221.700

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	*SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ* *PS_1424_2025_69A455* **SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ** **CC: 51949570**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1424_2025_69A455* **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_1424_2025_69A455* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51949570		VERGARA CRUZ SOLANYI KATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72C 10A 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2922816	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1733813994	9489692047	I	2025/09/16	2025/08/29	BANCO AV VILLAS	0	$221,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,483,891	$185,500			$0	$0			$1,483,891	$36,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,483,891	$185,500			$0	$0			$1,483,891	$36,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,483,891	$185,500			$0	$0			$1,483,891	$36,200		$0	$0
1	CC	51949570 VERGARA SOLANYI		0	$0	$0	EPS017	30	$1,483,891	$185,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,483,891	$36,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$0	$0			$1,483,891	$185,500			$0	$0			$1,483,891	$36,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51949570		VERGARA CRUZ SOLANYI KATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72C 10A 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2922816	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1733813994	9489692047	I	2025/09/16	2025/08/29	BANCO AV VILLAS	0	$221,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,200	$0	$0	$36,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,200	$0	$0	$36,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,500	$0	$0	$185,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$185,500	$0	$0	$185,500
TOTAL				1	$221,700	$0	$0	$221,700

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **SOLANYI KATIANA VERGARA CRUZ** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **51949570** y número de Afiliación **951949570100**, esta Administradora mediante resolución No. **78564** de **2025** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Abril** de **2025.**

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 12 de junio de 2025.

CARMEN PATRICIA GARRIDO RODRIGUEZ
Directora de Nómina de Pensionados (A)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA