

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YENNI PACHON FAJARDO		CC:	52859267	
CORREO ELECTRÓNICO:	JENNYTRABAJADORASOCIAL@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3023737782	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48 B SUR 29 91		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24073511650

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1445 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.709.728
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



YENNI PACHON FAJARDO
PS_1445_2025_66D319

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YENNI PACHON FAJARDO

CC: 52859267

CEL: 3023737782

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

YENNI PACHON FAJARDO

CON C.C N°

52.859.267

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 1445 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.838.912	No. HORAS EJECUTADAS	198
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 52.273.440	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

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 | Ejecuté 7 acciones de orientación y aclaración de trámites administrativos ante la EPS/IPS, facilitando el direccionamiento de los usuarios para la recepción de atención médica sin barreras administrativas. |
| 2 | Suminé y actualicé de manera oportuna la información en la base de datos institucional, garantizando el seguimiento sistemático de la población vulnerable y el registro detallado de 2 estudios sociales de caso adelantados durante el periodo. |
| 3 | Realicé el censo diario en los servicios asignados, logrando la identificación oportuna de pacientes en condición de vulnerabilidad, riesgo social o abandono. |
| 4 | En este mes no coordine traslados 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. |
| 5 | Gestioné y tramité de manera oportuna 12 solicitudes de oxígeno domiciliario para los usuarios que contaban con diagnóstico y autorización médica, asegurando la continuidad del tratamiento respiratorio y facilitando el proceso de egreso hospitalario. |
| 6 | Adelanté 1 trámite administrativo para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros, según la particularidad de cada caso. |
| 7 | Realicé el cargue de (25) registros en el aplicativo "SI Cuéntanos Bogotá" conforme a las barreras de acceso identificadas. |
| 8 | Realicé 9 seguimientos y acompañamientos a pacientes con barreras administrativas derivadas de su afiliación en otros municipios, brindando la orientación necesaria para normalizar su estado prestacional y asegurar la continuidad de su atención prenatal en la Subred. |
| 9 | Realicé 8 consultas sociales de los pacientes remitidos por el área médica, efectuando la valoración integral de sus determinantes sociales para aportar una visión interdisciplinaria al plan de tratamiento institucional. |
| 10 | En este mes no fue asignado ningún curso establecido por la Subred Centro Oriente, con el fin de lograr el desarrollo de nuevas competencias profesionales para la optimización de los procesos del área de Trabajo Social. |
| 11 | Efectué 79 entrevistas sociales para verificar redes de apoyo y aseguramiento, notificando los casos a los entes competentes y gestionando la ubicación de pacientes en abandono ante la Secretaría Distrital de Integración Social; todas las intervenciones fueron debidamente evolucionadas y soportadas en la historia clínica. |
| 12 | Asistí y participé en 1 espacio de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, contribuyendo a la articulación entre la Subred y la comunidad para la mejora continua de la prestación de los servicios. |
| 13 | Este mes no diligencé fichas SIVIM correspondientes y gestioné los procesos de identificación de pacientes fallecidos en las diversas USS de la Subred Centro Oriente, garantizando el cumplimiento de los protocolos legales vigentes. |
| 14 | Ejecuté 6 acciones de orientación y aclaración de trámites administrativos ante la EPS/IPS, facilitando el direccionamiento de los usuarios para la recepción de atención médica sin barreras administrativas. |
| 15 | Garanticé la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales |
| 16 | Cumplí 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. |
| 17 | Porté visiblemente los elementos institucionales y mantuve 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. |
| 18 | Cumplí con las demás obligaciones que fueron asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo con las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la Subred. |

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9495507987	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	\$ 185.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	\$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	\$ 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 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	 <i>YENNI PACHON FAJARDO</i> PS_1445_2025_66D319 YENNI PACHON FAJARDO CC: 52859267
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN</i> PS_1445_2025_66D319 WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES</i> PS_1445_2025_66D319 ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO