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:	2026-09-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-14
FECHA DE PAGO:	2026-08-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	37965322
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37965322
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	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 261.600	$ 261.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/10/2026

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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
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 1912 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

BLANCA INES ROA PARRA
PS_1912_2026_3A975C

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 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 1912 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.513.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	Desde el día 24-03-2026 fui trasladada a Hospital JEG, para el mes de Agosto-2026 en dicha unidad realice las actividades que tengo asignadas acorde a mi contrato de prestación de servicios de salud, en los servicios (Hospitalización IVE, Urgencias adulto y Medicina Interna). Sensibilicé a 36 Usuarios y familias sobre derechos y deberes Salud y portafolio de servicios, protocolos de ingreso/egreso, 12 Usuarios y familias sobre el Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar, 15 funcionarios sobre derechos y Deberes y segunda opinión , realice 3 encuestas de Derechos y Deberes a Funcionarios, Usuarios y Familia y a Personal Tercerizado.
2	Ejecuté 15 acciones de orientación y aclaración de trámites administrativos ante la EPS/IPS, actualización o solicitud de Encuesta sisben cumpliendo observación Decreto 616-facilitando el direccionamiento de los usuarios para la recepción de atención médica sin barreras administrativas.
3	3. Suministré 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 en promedio 10 estudios sociales de caso adelantados durante el periodo.
4	4. Realicé el censo diario en los servicios asignados, logrando la identificación oportuna de pacientes en condición de vulnerabilidad, riesgo social o abandono. Se realiza acta de Largas Estancias y abandono solicitada por la Lider de JEG. (15 de septiembre y 30 Septiembre).
5	Efectué (40 promedio) entrevistas sociales para verificar redes de apoyo y aseguramiento, notificando los casos a los entes competentes y gestionando la ubicación de pacientes en abandono y Largas Estancias (Drive Institucional) ante la Secretaría Distrital de Integración Social (1 Vejez- Caso que llego ya institucionalizado en programa SISD no desea regresar a este hogar) caso de larga estancia (1) todas las intervenciones fueron debidamente evolucionadas y soportadas en la Historia Clínica." Reporte a SISD adultez para cupo para Balcanes (8) casos reportados y los usuarios no aceptaron cupos .Reporte para caracterización (5 promedio) aunque se atendieron en promedio (10) usuarios en condición de calle y se les oferto el programa y manifestaron No deseo de institución, asisten a los programas transitorios.
6	Coordiné y ejecuté (2) traslados interinstitucional de niños, niñas y adolescentes en vehículo institucional para el restablecimiento de sus derechos, articulando acciones efectivas con entes competentes como el ICBF, Comisarías de Familia (reportes realizados- acorde a IC) Policía de Infancia y Adolescencia, garantizando el cumplimiento de los protocolos de protección vigentes." Códigos blancos(reportados acorde a la ruta, no llevados ante entidad-acorde a IC) se programa casos para llevar a domicilio (4). Se lleva usuarios a OPADI para cedula y para reclamar su documento acorde a los casos presentados. Se reportan para Plena Identidad acorde a los casos presentados(NN).
7	. "Gestioné y tramité de manera oportuna (10) 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. usurarios con problemas como mal uso de equipos de oxigeno.
8	Adelanté (5) trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros (0) según la particularidad de cada caso. Adelanté (5) trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros, según la particularidad de cada caso. Sujeto a turno fin de semana (acorde a programación) o los menores que trae policía a urgencias encontrados en vía pública o adultos mayores. Se sube la información de la productividad del mes en el Drive respectivo.
9	diligencié (0) fichas SIVIM correspondientes (acorde a IC casos de presunta violencia) 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. Seguimiento a protocolo de fuga de pacientes.
10	Realicé el cargue de (25) registros en el aplicativo "SI Cuéntanos Bogotá" conforme a las barreras de acceso identificadas.
	Realicé (110) seguimiento y acompañamiento 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." En este ítem todas las gestiones de seguimiento durante la hospitalización (al hacer el censo, se toman datos de red familiar y de ubicación vivienda, se orienta sobre copagos para Nivel 2- beneficiarios, entre otros). Se hacen las gestiones para retorno a su lugar de vivienda de pacientes que llegan de otro

11	municipio para el programa IVE. (0 promedio).
12	"Realicé (0) 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."
13	"Asistí y cumplí con el plan de cursos para el mes; capacitación Virtual cuidadores de la confianza (temas de cada miércoles asignados) Participación al servicio de la ciudadanía ,logrando el desarrollo de nuevas habilidades profesionales para la optimización de los procesos del área de Trabajo Social. Las capacitaciones que indica la Lider de la Unidad.
14	Asistí y participé en (1) espacios 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.
15	Asistencia a junta médica (0) en los casos que lo convocan por parte del Medico tratante , para casos específicos. Seguimiento a remisiones para atención en programa de cuidado critico. No se hizo este tipo de juntas, mas si se comentan los casos específicos con Medico de Medicina Interna y se participa en la revista médica que hace la Líder de la unidad en Medicina Interna algunas veces.
16	. Se realiza seguimiento a pacientes de Medicina Interna en articulación con la EPS para Portabilidades- y para enlace al programa B24 X casos específicos (Pacientes en institución SISD Pacientes bajo protección ICBF).enlaces con los grupos institucionales acorde a cada población. (casos específicos). Enlace con fundaciones y programas sociales para apoyo social. Seguimientos a IVE a contra remisiones o retorno a su lugar habitual de vivienda, articulación con albergues (sukurame- Cruz Roja). Los hoteles que le autoriza la NUEVA EPS para usuarias del programa IVE.
17	Atención a funcionarios de Secretaria de Integración Social e ICBF e instituciones con convenio con ICBF para seguimientos de casos durante la estancia hospitalaria (IVE/ Urgencias).
18	Actualización de base embera en drive institucional (SDS) cada lunes hábil o en su defecto martes, cuando se tengan casos hospitalizados. Drive violencias, Drive oxígenos, Drive abandonos acorde a la directriz y cuando se definan casos o que lleguen remitidos de otras unidades.
19	En el periodo del mes de Septiembre ,Apoye los subprocesos de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, de acuerdo con las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual. Las que designe el supervisor del contrato acorde con el objeto del contrato.
20	. En el periodo del mes de Septiembre , Cumplí con las obligaciones contractuales dentro de los tiempos y condiciones requeridos, de acuerdo con las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred, conforme al perfil definido. Se hace turno de fin de semana acorde programación y a la unidad asignada para el presente periodo (se envía soportes a correo, "Martha Patricia Cárdenas Cárdenas"<apoyotecnicoparticipacion@subredcentrooriente.gov.co>
21	. En el periodo del mes de Septiembre ,Porte de manera visible los elementos de identificación institucional y mantener una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales. Dar cumplimiento a la solicitud de área de vigilancia al ingresar a las unidades donde se ejecuta mi labor contractual. Se diligencio los aplicativos solicitados para cumplimiento de obligaciones acorde a contrato vigente.
22	. En el periodo del mes de Septiembre, cumplí las demás obligaciones que se deriven directamente del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Apoyar las contingencias a las cuales sea convocada, acorde a situaciones particulares que pueda verse expuesta la subred integrada de servicios de salud CO y las unidades en donde se requiera la presencia del profesional de Trabajo Social, acorde objeto de mi contrato vigente.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 37965322	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/08/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/10	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 261.600

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_1912_2026_3A975C* **BLANCA INES ROA PARRA** **CC: 51938763**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1912_2026_3A975C* **WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1912_2026_3A975C* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**