

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA RUIZ QUINTERO			CC:	1020792688	
CORREO ELECTRÓNICO:	CAROLINARUIZ1625@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3196318795	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 156 A 8 B 82			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488412991298	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1440 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	\$ 3.709.728					



ANDREA CAROLINA RUIZ QUINTERO
PS_1440_2025_10A615

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDREA CAROLINA RUIZ QUINTERO
CC: 1020792688
CEL: 3196318795

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDREA CAROLINA RUIZ QUINTERO

CON C.C N°1.020.792.688

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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 1440 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$14.838.912No. HORAS EJECUTADAS198

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$37.322.112VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.709.728

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASNUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

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 asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo
2	Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente.
3	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.
4	Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsulta, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos - respuesta a interconsultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de alojamiento conjunto y sala de partos.
5	Se realiza solicitud de oxígeno 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. 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 socializa información al 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.
7	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.
8	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.
9	Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de atención médica.
10	Se realizan (25) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá.
11	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.
12	Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato.
13	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.
14	Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual, logrando así fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio - Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificación del mismo.
15	Se realiza evaluación de asistencia, se envía evidencia a grupo de Trabajo Social. 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 da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio - Atención oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y trámites emergentes.
17	Se asiste a los servicios con los elementos institucionales portados correctamente, así como el ingreso a cada servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiología - Se da cumplimiento a los protocolos establecidos tanto en áreas comunes de los centros de salud, como en los servicios.

18

Se da cumplimiento a los requerimientos, solicitudes y trámites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requerimientos por parte del área administrativa.

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° 9489909024	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/08/27	\$ 185.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/27	\$ 237.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/27	\$ 36.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 460.000

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	<div><div>ANDREA CAROLINA RUIZ QUINTERO</div><div>PS_1440_2025_10A615</div></div> <div>ANDREA CAROLINA RUIZ QUINTERO</div> <div>CC: 1020792688</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN</div><div>PS_1440_2025_10A615</div></div> <div>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</div><div>PS_1440_2025_10A615</div></div> <div>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

--	--

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1020792688		RUIZ QUINTERO ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 156A 8B 58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8097831	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000000652	9489909024	I	2025/08/25	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	2	\$460,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,484,000	\$237,500			\$1,484,000	\$185,500			\$0	\$0			\$1,484,000	\$36,200		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,484,000	\$237,500			\$1,484,000	\$185,500			\$0	\$0			\$1,484,000	\$36,200		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,484,000	\$237,500			\$1,484,000	\$185,500			\$0	\$0			\$1,484,000	\$36,200		\$0	\$0	
1	CC 1020792688	RUIZ ANDREA	230301	30	\$1,484,000	\$237,500	EPS002	30	\$1,484,000	\$185,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,484,000	\$36,200	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,484,000	\$237,500			\$1,484,000	\$185,500			\$0	\$0			\$1,484,000	\$36,200		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020792688		RUIZ QUINTERO ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 156A 88 58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8097831	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000000652	9489909024	I	2025/08/25	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	2	\$460,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,500	\$400	\$0	\$237,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$237,500	\$400	\$0	\$237,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,200	\$100	\$0	\$36,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$36,200	\$100	\$0	\$36,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,500	\$300	\$0	\$185,800	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$185,500	\$300	\$0	\$185,800	
TOTAL				1	\$459,200	\$800	\$0	\$460,000	