

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LADY VIVIANA BARBOSA CHACON			CC:	1013650529
CORREO ELECTRÓNICO:	tSLADYBARBOSA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3134146381
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 7 SUR 8B 20			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008300741199
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1428 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.709.728	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div><div>LADY VIVIANA BARBOSA CHACON PS_1428_2025_91ED80</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LADY VIVIANA BARBOSA CHACON CC: 1013650529 CEL: 3134146381</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 LADY VIVIANA BARBOSA CHACON

CON C.C N° 1.013.650.529

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 1428 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

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

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.434.528	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
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	REALIZAR LA ORIENTACION, DIRECCIONAMIENTO Y/O ACLARACIONES ACERCA DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS NECESARIOS PARA RECIBIR ATENCION EN SALUD.
2	REALIZAR EL INGRESO Y ACTUALIZACION PERMANENTE EN BASE DE DATOS INTERNA DE PACIENTES EN ABANDONO SOCIAL, POBLACION EXTRANJERA, HABITANTE DE CALLE, PACIENTES PROGRAMADOS MADRE CANGURO, Y ESTUDIOS SOCIALES DE CASO QUE SE LLEVEN A CABO, MEDIANTE LA GESTION REALIZADA DESDE EL AREA DE TRABAJO SOCIAL.
3	REALIZAR CENSO DIARIO EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS E IDENTIFICAR PACIENTES EN CONDICION DE VULNERABILIDAD Y/O CON RIESGO SOCIAL Y EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL PARA REALIZAR ENTREVISTA SOCIAL VERIFICANDO REDES DE APOYO FAMILIAR, INSTITUCIONAL Y/O SOCIALES DATOS DE CONTACTO (TELEFONICOS Y DE DOMICILIO), ASEGURAMIENTO, DESCRIBIENDO LA SITUACION ENCONTRADA DURANTE LA INTERVENCION, CON NOTIFICACION A ENTES COMPETENTES. REALIZAR SEGUIMIENTO, EVOLUCION Y UBICACION DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL EN LAS USS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E REALIZANDO CONTACTO CON SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL Y/O ENTIDADES QUE RECIBAN ESTA POBLACION. REALIZAR REGISTRO DE LA GESTION EN LA HISTORIA CLINICA CON LOS DEBIDOS SOPORTES.
4	REALIZAR LA COORDINACION INTER-INSTITUCIONAL, SOLICITUD Y TRASLADO EN VEHICULO 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, POLICIA NACIONAL Y/O DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA
5	REALIZAR LA SOLICITUD DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA USUARIOS Y PACIENTES QUE ASI LO REQUIERAN MEDIANTE DIAGNOSTICO Y AUTORIZACION MEDICA
6	REALIZAR LOS TRAMITES RESPECTIVOS PARA HABITANTE DE CALLE SIN CERTIFICAR, PACIENTES INDOCUMENTADOS, PACIENTES EXTRANJEROS SEGUN CADA CASO, DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIVIM, DE IGUAL MODO LA GESTION DE IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN LAS DIFERENTES USS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
7	REALIZAR EL INGRESO EN EL APLICATIVO CUENTANOS BOGOTA DE ORIENTACIONES GRUPALES Y DE BARRERAS DE ACCESO Y ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.
8	HACER SEGUIMIENTO A GESTANTES CON DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS POR AFILIACION EN OTROS MUNICIPIOS, REALIZANDO LA ORIENTACION RESPECTIVA.
9	REALIZAR LA CONSULTA SOCIAL DE LOS PACIENTES REMITIDOS POR EL AREA MEDICA DE LA SUBRED.
10	PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVES DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
11	REALIZAR BUSQUEDA DE DATOS DE CONTACTO Y UBICACION EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS DIFERENTES NOTAS QUE INTERVIENEN AL PACIENTE.
	12. PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVES DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 13. ASISTIR A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO

ORIENTE E.S.E.14. APOYAR LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.15. GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.16. CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN 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. PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y MANTENER UNA ADECUADA PRESENTACION 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. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACION DEL OBJETO CONTRACTUAL E INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED.

12	
----	--

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 7991006332	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/10	\$ 185.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/10	\$ 237.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	\$ 36.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 459.900

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)

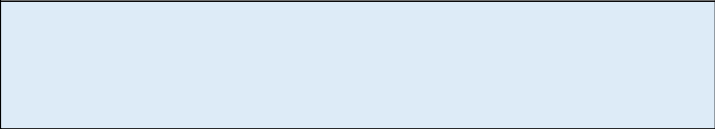
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .

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>  <div>LADY VIVIANA BARBOSA CHACON</div> <div>PS_1428_2025_91ED80</div> </div> <div> <div>LADY VIVIANA BARBOSA CHACON</div> <div>CC: 1013650529</div> </div> </div>



FIRMA DE QUIEN VALIDA

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

PS_1428_2025_91ED80

SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 0	\$ 237.500	\$ 300	\$ 237.800
SUBTOTALES:										\$ 237.500	\$ 300	\$ 237.800

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 185.500		\$ 0	\$ 300		\$ 0	\$ 185.500	\$ 300	\$ 0	\$ 185.800
SUBTOTALES:													\$ 185.500	\$ 300	\$ 0	\$ 185.800		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 36.200	\$ 36.200	\$ 100	\$ 0	\$ 36.300
SUBTOTALES:									\$ 36.200	\$ 100	\$ 0	\$ 36.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 29.700	\$ 100	\$ 29.800
SUBTOTALES:			\$ 29.700	\$ 100	\$ 29.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 1013650529	BARBOSA CHACON LADY VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.483.891			NO																		230201-PROTECCIÓN	30	\$ 1.483.891	\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 237.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 1.483.891	\$ 185.500	\$ 0	\$ 185.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	\$ 1.483.891	\$ 101365052	\$ 36.200	30	\$ 1.483.891	SCCF24-COMPENSAR	\$ 29.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 489.700