

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA		CC:	52107606	
CORREO ELECTRÓNICO:	BAQUEROGOVANNA@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3124375099	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 81A 88		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400755164

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4625 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.709.728
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA
PS_4625_2025_BECC6B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA

CC: 52107606

CEL: 3124375099

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

GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA

CON C.C N°

52.107.606

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 4625 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/07
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.387.238	No. HORAS EJECUTADAS	198
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 36.580.166	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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 | 1. 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. |
| 2 | 2. Firmas en planillas pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud - |
| 3 | 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 desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de atención médica. Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario Interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos- respuesta a interconsultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los diferentes servicios y a los pacientes de programa especial |
| 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 oxígeno domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectan a necesidad del servicio. |
| 6 | 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 |
| 7 | Se realizan (25) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá. |
| 8 | Se realiza seguimiento a pacientes pertenecientes al programa especial, en articulación con el área de autorizaciones reporte y entrega de casos a eps e ips respectiva, |
| 9 | Se socializa información apaciente 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. |
| 10 | 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. |
| 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. |
| 12 | 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. |
| 13 | En los casos en los que se requiere datos adicionales se verifica en la historia clínica con el fin de maximizar información requerida para el tratamiento de caso - Se complementa información de pacientes inter consultados por el servicio médico. |
| 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 asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo - Se realiza evaluación de asistencia, se envía evidencia a grupo de Trabajo Social. |
| 16 | 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. |
| 17 | Se generan los espacios propicios para la asertiva atención de los usuarios, garantizando la reserva profesional de cada caso o situación presentada por el paciente - Atención de casos con garantía de derechos y confidencialidad. |

18	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.
19	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 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7990929550	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/11	\$ 200.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/11	\$ 257.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/11	\$ 39.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 497.000



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	 <p>GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA PS_4625_2025_BECC6B</p> <hr/> <p>GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA CC: 52107606</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN PS_4625_2025_BECC6B</p> <hr/> <p>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN SUPERVISOR ALTERNO</p>



ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

PS_4625_2025_BECC6B

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

