

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030657085		BAEZ GOMEZ WILMER FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 35 sur #91c 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3876966	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1937446500	9494162903	I	2025/11/24	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	\$459,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,483,891	\$237,500			\$1,483,891	\$185,500			\$0	\$0			\$1,483,891	\$36,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					\$1,483,891	\$237,500			\$1,483,891	\$185,500			\$0	\$0			\$1,483,891	\$36,200		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,483,891	\$237,500			\$1,483,891	\$185,500			\$0	\$0			\$1,483,891	\$36,200		\$0	\$0
1	CC	1030657085	BAEZ WILMER	230301	30	\$1,483,891	\$237,500	EPS008	30	\$1,483,891	\$185,500	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,483,891	\$36,200	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,483,891	\$237,500			\$1,483,891	\$185,500			\$0	\$0			\$1,483,891	\$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 1030657085		BAEZ GOMEZ WILMER FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 35 sur #91c 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3876966	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1937446500	9494162903	I	2025/11/24	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	\$459,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,500	\$0	\$0	\$237,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$237,500	\$0	\$0	\$237,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,200	\$0	\$0	\$36,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$36,200	\$0	\$0	\$36,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,500	\$0	\$0	\$185,500	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$185,500	\$0	\$0	\$185,500	
TOTAL				1	\$459,200	\$0	\$0	\$459,200	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	WILMER FABIAN BAEZ GOMEZ			CC:	1030657085
CORREO ELECTRÓNICO:	fabibg2502@gmail.com			TELÉFONO:	3208731690
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 35 91C 19			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488419267106

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4559 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.822.144
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



WILMER FABIAN BAEZ GOMEZ
PS_4559_2025_809242

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

WILMER FABIAN BAEZ GOMEZ

CC: 1030657085

CEL: 3208731690

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

WILMER FABIAN BAEZ GOMEZ

CON C.C N°

1.030.657.085

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 4559 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/05
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.634.554	No. HORAS EJECUTADAS	204
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 36.715.058	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.822.144
---	---------------	--	--------------

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. REALIZAR LA ORIENTACION, DIRECCIONAMIENTO Y/O ACLARACIONES ACERCA DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS NECESARIOS PARA RECIBIR ATENCION EN SALUD.
---	---

2	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	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	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	5. REALIZAR LA SOLICITUD DE OXIGENO DOMICILIARIO PARA USUARIOS Y PACIENTES QUE ASI LO REQUIERAN MEDIANTE DIAGNOSTICO Y AUTORIZACION MEDICA
---	--

6	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	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	8. HACER SEGUIMIENTO A GESTANTES CON DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS POR AFILIACION EN OTROS MUNICIPIOS, REALIZANDO LA ORIENTACION RESPECTIVA.
---	---

9	9. REALIZAR LA CONSULTA SOCIAL DE LOS PACIENTES REMITIDOS POR EL AREA MEDICA DE LA SUBRED.
---	--

10	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	11. REALIZAR BUSQUEDA DE DATOS DE CONTACTO Y UBICACION EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS DIFERENTES NOTAS QUE INTERVIENEN AL PACIENTE.
----	--

12	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	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	14. APOYAR LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
15	15. GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.
16	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	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	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.

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° 9494162903	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/18	\$ 185.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/18	\$ 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 ningún 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	 WILMER FABIAN BAEZ GOMEZ PS_4559_2025_809242
	WILMER FABIAN BAEZ GOMEZ CC: 1030657085

FIRMA DE QUIEN VALIDA



WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

PS_4559_2025_809242

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_4559_2025_809242

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO