

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                                  |         |              |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                | ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA |                                                  |         | CC:          | 1012405008   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                 | DDANIELAa18@GMAIL.COM           |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3114444044   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                | CL 70 SUR 78C 92                |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                            | BANCO DAVIVIENDA S.A.           | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 488411783803 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                    | PS 1434 2025                    | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 3.822.144 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                            | 2025/01/01                      | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/01/15   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                            | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31    |                                                  |         |              |              |
| <div><div>ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA<br/>PS_1434_2025_FEAB73</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA<br/>CC: 1012405008<br/>CEL: 3114444044</div> |                                 |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA

CON C.C N° 1.012.405.008

|                      |                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 1434 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |               |                      |     |
|----------------------------|---------------|----------------------|-----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 14.838.912 | No. HORAS EJECUTADAS | 204 |
|----------------------------|---------------|----------------------|-----|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 48.619.920 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.822.144 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                  |
|-----------------------------------------|------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRECE (13) MESES |
|-----------------------------------------|------------------|

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL MATERNO INFANTIL   |
| 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Sensibilicé a 36 Usuarios y familias sobre derechos y deberes en el SGSSS, protocolos de ingreso/egreso, 12 Usuarios y familias sobre el Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar, 15 funcionarios sobre temáticas propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y realice 3 encuestas de Derechos y Deberes a Funcionarios, Usuarios y Familia y a Personal Tercerizado.           |
| 2    | Se diligencio 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, Violencias, oxígenos para su abordaje y de requerir seguimiento.                                                                          |
| 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 de 10 estudios sociales de caso adelantados durante el periodo.                                                                                                                                                       |
| 4    | Realicé el censo diario en los servicios de urgencias; asignados, logrando la identificación oportuna de pacientes en condición de vulnerabilidad, riesgo social o abandono.                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5    | Efectué 16 entrevistas sociales para verificar redes de apoyo y aseguramiento, por medio de respuestas a interconsultas generadas al área, de requerir notificando los casos a los entes competentes y gestionando la ubicación de pacientes en abandono ante la Secretaría Distrital de Integración Social; todas las intervenciones fueron debidamente evolucionadas y soportadas en la historia clínica." |
| 6    | Coordiné y ejecuté 3 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 y/o Policía de Infancia y Adolescencia, garantizando el cumplimiento de los protocolos de protección vigentes.                                                 |
| 7    | Gestioné y tramité de manera oportuna 1 solicitud de oxígeno domiciliario para usuarios que contaban con diagnóstico y orden intrahospitalaria, asegurando la continuidad del tratamiento y facilitando el proceso de egreso hospitalario.                                                                                                                                                                   |
| 8    | Adelanté 3 trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados y pacientes indocumentados; según la particularidad de cada caso.                                                                                                                                                                                                                                                |
| 9    | Diligencié 1 ficha SIVIM 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."                                                                                                                                                                                                |
| 10   | 10. Realicé el cargue de 25 registros en el aplicativo "SI Cuéntanos Bogotá" conforme a las barreras de acceso identificadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11   | Realicé 4 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 en la Subred.                                                                                                                                             |
| 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 curso Servicio a la Ciudadanía establecido por la Subred Centro Oriente, logrando el desarrollo de nuevas competencias profesionales para la optimización de los procesos del área de Trabajo Social.                                                                                                                                                                         |
| 14   | Asistí y participé en 1 espacio de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de manera virtual, contribuyendo a la articulación entre la Subred y la comunidad para la mejora continua de la prestación de los servicios.                                                                                                                               |

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |             |               |              |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 91607990 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SALUD TOTAL | 2025/12/10    | \$ 186.400   |
| PENSIÓN:                                      | PORVENIR    | 2025/12/10    | \$ 238.600   |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA        | 2025/12/10    | \$ 36.400    |
| OTRO                                          |             |               |              |
| TOTAL PAGADO                                  |             |               | \$ 461.400   |

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>ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA<br/>PS_1434_2025_FEAB73</div><div>ANGIE DANIELA MORENO VALDERRAMA<br/>CC: 1012405008</div></div>  |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                         | <div><div>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN<br/>PS_1434_2025_FEAB73</div><div>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN<br/>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>    |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES<br/>PS_1434_2025_FEAB73</div><div>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |