

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA
PS_4625_2025_38754F

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:	\$ 43.999.622	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOCE (12) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

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 | Sensibilicé a (36) Usuarios y familias sobre derechos y deberes Salud, 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 | . Ejecuté (25) acciones de orientación y aclaración de trámites administrativos ante la EPS/IPS, facilitando el direccionamiento de los usuarios para la recepción de atención médica sin barreras administrativas |
| 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 (1) estudios sociales de caso adelantados durante el periodo. |
| 4 | Realicé el censo diario en los servicios asignados, logrando la identificación oportuna de pacientes en condición de vulnerabilidad, riesgo social o abandono. |
| 5 | . Efectué (75) entrevistas sociales para verificar redes de apoyo y aseguramiento, 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 (0) 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 Policía de Infancia y Adolescencia, garantizando el cumplimiento de los protocolos de protección vigentes. |
| 7 | Gestioné y tramité de manera oportuna (4) solicitudes de oxígeno domiciliario para los usuarios que contaban con diagnóstico y autorización médica, asegurando la continuidad del tratamiento respiratorio y facilitando el proceso de egreso hospitalario.
8. Adelanté (5) trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros, según la particularidad de cada caso. |
| 8 | Adelanté (5) trámites administrativos para la atención de habitantes de calle no certificados, pacientes indocumentados y extranjeros, según la particularidad de cada caso. |
| 9 | diligencé (0) fichas SIVIM correspondientes 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 | 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 prenatal en la Subred |
| 12 | Realicé (20) 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 CIUDADANIA) 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) espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, 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° 7994760690	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/11	\$ 201.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	\$ 257.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 39.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 498.000


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 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	 <p><i>GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA</i> PS_4625_2025_38754F</p> <hr/> <p>GOVANNA CECILIA BAQUERO MOLINA CC: 52107606</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN</i> PS_4625_2025_38754F</p> <hr/> <p>WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES</i> PS_4625_2025_38754F</p> <hr/> <p>ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--