

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO		CC:	1032421257
CORREO ELECTRÓNICO:	dcaro8@hotmail.com		TELÉFONO:	3115416762
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 79A 69T 84		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:	

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8220 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.151.243
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/11 AL 2025/12/31		



DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO  
PS\_8220\_2025\_0C1959

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO  
CC: 1032421257  
CEL: 3115416762

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

**DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO**

**CON C.C N°**

**1.032.421.257**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO LÍDER DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD RIAS PARA LA GESTIÓN DE AGRESIONES, ACCIDENTES, TRAUMA Y VIOLENCIAS AATV Y SALUD MENTAL DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 8220 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/12/10</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.245.373	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 4.151.243	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.151.243
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES
--	---------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
-------------------------------	--------------------------------

**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	Se hace recorrido en las unidades de Santa Clara y La Victoria para identificar las principales necesidades de la ruta de salud mental.
2	Se identifican necesidades para la población vulnerable, iniciando con la ruta integral de violencia.
3	Se hace recorrido en las unidades de Santa Clara y La Victoria para identificar las principales necesidades para la problemática de consumo de SPA .
4	Se hace recorrido en las unidades de Santa Clara y La Victoria para identificar las principales necesidades de pacientes en condición de habitabilidad en calle. Reunión con el equipo de trabajo social, para establecer avances del proceso.
5	Revisión y actualización de documentos relacionados a la ruta integral de violencia.
6	Plan de ejecución de la instauración de la Ruta de violencia.

**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 (2025-12-11) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1077861475	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2025/12/09	\$ 271.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/09	\$ 347.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/09	\$ 52.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 671.400</b>

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 ibr 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**



*DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO*

*PS\_8220\_2025\_OC1959*

**DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO**

**CC: 1032421257**

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



*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS*

*PS\_8220\_2025\_OC1959*

**DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**