

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	469670000956

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8220 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.226.865
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO
PS_8220_2025_C3250B

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

OBJETO DEL CONTRATO:	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.
-----------------------------	--

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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.245.373	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.378.107	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
--	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	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)

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	Realicé recorrido con el director de urgencias y la dirección administrativa para definir los espacios adecuados de donde quedaría el área de salud mental en el servicio de urgencias en el Hospital de Santa Clara.
2	Continúe con la implementación de la ruta de violencia en el Hospital de San Blas, se cumple con el plan de trabajo instaurado y con las tareas asignadas para el cumplimiento de la instauración de la ruta.
3	Definí mecanismos de atención para pacientes con consumo de sustancias psicoactivas, relacionadas con la ruta de salud mental en urgencias y la ruta de violencia.
4	Presenté de la estrategia para centralizar el proceso de atención a los pacientes que se encuentran en condición de habitabilidad en calle.
5	Realicé la auditoria a los pacientes víctimas de violencia, realizando retroalimentación inmediata a las desviaciones encontradas del protocolo de atención a víctimas de violencia.
6	Actualicé las listas de chequeo de los kits de violencia sexual y violencia por ataque de agente químico y se inicia con la actualización y creación de protocolos de otras violencias.
7	Participé en las capacitaciones y reuniones a las q fui convocada como Líder de la Ruta de violencia y de salud mental.
8	Informé oportunamente a mi supervisor las novedades presentadas con la ruta de violencia y de salud mental en el servicio de urgencias.
9	Realicé informes y consolidación de la ruta de violencia, para presentar a las oficinas solicitadas.
10	Presenté auditoria con la EAPB Famisanar sobre la Ruta de violencia, dando a conocer lo implementado en la Subred Centro Oriente.
11	Realicé visitas a las unidades para la verificación de seguimiento de los kits de código blanco.
12	Realicé capacitaciones al personal de salud de las unidades de urgencias, con el objetivo de mejorar procesos de atención a víctimas.
13	Dí respuesta a las solicitudes realizadas por las entidades intersectoriales e institucionales de casos de violencias.

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, CERTIFICADO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077862323	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/31	\$ 210.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/31	\$ 268.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/31	\$ 41.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 519.800

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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO</i> <i>PS_8220_2025_C3250B</i></p> <hr/> <p>DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO CC: 1032421257</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_8220_2025_C3250B</i></p> <hr/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>