

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA MARIA LUIS RAMOS		CC:	1023922858	
CORREO ELECTRÓNICO:	linamarialuissramos@gmail.com		TELÉFONO:	3213429632	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11B ESTE 43A 20 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4622168288

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3157 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.603.600
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



LINA MARIA LUIS RAMOS
PS_3157_2026_5176FA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LINA MARIA LUIS RAMOS

CC: 1023922858

CEL: 3213429632

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

LINA MARIA LUIS RAMOS

CON C.C N°

1.023.922.858

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO ASISTENCIAL TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 3157 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/13

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 13.405.392 **No. HORAS EJECUTADAS** 180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 13.405.392 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.603.600

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (03) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS

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)

- | | |
|----|--|
| 1 | Cumplí con los lineamientos y el manejo de atención a las víctimas de violencia, según lo establecido en el Manual de Gestión Social y Familiar MI-SP-MN-03. |
| 2 | Realicé la valoración integral de la víctima, efectuando la verificación de riesgo, elaborando el informe social, registrando en la historia clínica la socialización de los derechos y deberes, generando avances en la posible gestión social y verificando identidad y afiliación al sistema de salud. Realicé la valoración integral de la víctima, efectuando la verificación de riesgo, elaborando el informe social, registrando en la historia clínica la socialización de los derechos y deberes, generando avances en la posible gestión social y verificando identidad y afiliación al sistema de salud |
| 3 | Activé las rutas de protección y justicia para las víctimas y envié el correo de traslado a la EAPB correspondiente para su respectivo seguimiento. |
| 4 | Diligencié bases de datos con la información de los usuarios atendidos. |
| 5 | Participé activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes y casos de víctimas de violencia. |
| 6 | Asistí a jornadas de capacitación, reuniones y mesas técnicas de violencia a las cuales fui convocada. Ofrecí formación continua sobre los enfoques adecuados para tratar a víctimas de violencia y sobre cómo actuar ante casos sospechosos de abuso. |
| 7 | Cuando fue necesario, realicé el traslado a otras unidades de salud para la atención de los usuarios, según la necesidad del servicio. |
| 8 | Verifiqué el cumplimiento de la lista de chequeo ante el egreso del usuario, generé la solicitud de carro para el traslado a instituciones de protección y supervisé que, al momento del egreso, se entregaran medicamentos y órdenes de seguimiento. |
| 9 | Apoyé el servicio de urgencias ante las contingencias que se presentaron. |
| 10 | Realicé las demás actividades afines al cargo que me fueron delegadas por el supervisor. |

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 36763220	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	NUEVA EPS	2026/04/14	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/14	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/14	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 style="margin-left: 20px;"><i>LINA MARIA LUIS RAMOS</i> <i>PS_3157_2026_5176FA</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p>LINA MARIA LUIS RAMOS CC: 1023922858</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="margin-left: 20px;"><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_3157_2026_5176FA</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>