

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA RIVERA RAMOS	CC:	1022939632
CORREO ELECTRÓNICO:	CAANDRI_57@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3219524405
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69D BIS SUR 14A 56	CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		N° CUENTA:	488457645601

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2953 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.274.810
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/30		



ANDREA CAROLINA RIVERA RAMOS
 PS_2953_2026_24411A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDREA CAROLINA RIVERA RAMOS

CC: 1022939632

CEL: 3219524405

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

ANDREA CAROLINA RIVERA RAMOS

CON C.C N°

1.022.939.632

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2953 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.099.240	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.099.240	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.274.810
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUIS FERNANDO JOYA JOYA
-------------------------------	-------------------------

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	<ol style="list-style-type: none"> Se inicia la actualización de la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos del Hospital Victoria con la recolección de datos en campo. Se da continuidad al desarrollo de actividades específicas como: diseño y ejecución de campañas de sensibilización sobre autocuidado y comportamiento seguro; realización de charlas, capacitaciones y pausas de seguridad enfocadas en los riesgos prioritarios; divulgación de boletines, piezas informativas y lecciones aprendidas de accidentalidad, inspecciones de seguridad locativo y seguimiento a compromisos derivados de observaciones de comportamiento seguro, fortaleciendo así la cultura preventiva en las diferentes líneas de acción del SG-SST. Se identifican y gestionan las medidas de intervención para controlar y mitigar los riesgos mecánicos, locativos y vocal-auditivos, incluyendo la revisión de procedimientos y normatividad, la recomendación sobre selección, uso y mantenimiento de los EPP, y la inspección periódica de su estado, garantizando su solicitud y entrega oportuna. Se realiza socialización sobre generalidades del SG-SST al personal nuevo en la entidad sobre actos y condiciones inseguras con énfasis en caída de nivel, identificación y prevención de riesgos y peligros, socialización en tipos de riesgo público, identificación de paciente agresivo, cuidado de manos, líneas de atención de las aseguradoras de riesgos laborales ARL'S, líneas institucionales habilitadas para reporte de accidentes de trabajo y ruta para el reporte de eventos en riesgo público, De igual forma se da continuidad a la solicitud de documentos referentes al proceso de investigación de accidentes de trabajo a líderes/supervisores y colaboradores, para el seguimiento, investigación y divulgación de lección aprendida, así mismo el envío de pruebas a las ARL'S para determinación y calificación de origen. Se realiza seguimiento, ejecución y consolidación periódica de las estadísticas de accidentalidad y ausentismo laboral de la entidad, así como el desarrollo de los indicadores del SG-SST en articulación con el equipo de trabajo. Se realiza seguimiento, ejecución y consolidación del Informe de Gestión del Plan de Trabajo Anual (POA) 2026 del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, incluyendo la verificación del cumplimiento de actividades programadas, revisión de metas e indicadores, recopilación y validación de soportes, así como la organización, entrega y cargue oportuno de evidencias en los medios establecidos en coordinación y articulación con el equipo de trabajo. Se realiza seguimiento y análisis a los indicadores de gestión, incluyendo la caracterización de la accidentalidad y la actualización periódica de los mismos, conforme al plan de trabajo de las líneas de acción de los Programas de Gestión del Riesgo Locativo, Público, Físico Ruido, incorporando revisión de reportes, análisis de tendencias e identificación de acciones de mejora para fortalecer la gestión del SG-SST
---	---

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 (2026-05-01) AL (2026-05-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1081214326	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/11	\$ 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 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>ANDREA CAROLINA RIVERA RAMOS PS_2953_2026_24411A</p> <hr/> <p>ANDREA CAROLINA RIVERA RAMOS CC: 1022939632</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>LUIS FERNANDO JOYA JOYA PS_2953_2026_24411A</p> <hr/> <p>LUIS FERNANDO JOYA JOYA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

