

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL		CC:	1015429829	
CORREO ELECTRÓNICO:	LINEVELAND@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3102231376	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 79 B 40 A 23 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488420551761

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1931 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.723.720
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL

PS_1931_2026_150403

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL

CC: 1015429829

CEL: 3102231376

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL

CON C.C N° **1.015.429.829**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS 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 1931 2026** **FECHA INICIO CONTRATO** **2026/02/03**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ **14.894.880** **No. HORAS EJECUTADAS** **186**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ **18.618.600** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **3.723.720**

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS **CINCO (5) MESES**

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

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	Apoye la activación, orientación y gestión de las rutas de atención integral en salud en los casos relacionados con violencia física, sexual, psicológica o basada en género; conflicto armado; ataques con agentes químicos; negligencia o abandono; intento de suicidio; eventos asociados a salud mental; enfermedades transmisibles; condiciones materno-perinatales y atención a poblaciones vulnerables, garantizando la aplicación del enfoque diferencial y de derechos. Total 0 violencias y 1 pacientes de enfermedades transmisibles, 0 paciente en condición de abandono.
2	Gestione las interconsultas por riesgo psicosocial y determinantes sociales de la salud, emitidas por los profesionales y equipos interdisciplinarios, asegurando el registro sistemático, el seguimiento en la historia clínica, la trazabilidad de los casos, la articulación interinstitucional y los soportes de gestión correspondientes. Total 10 interconsultas.
3	Realice el censo hospitalario cama a cama, identificando riesgos psicosociales, estado del aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), dificultades socioeconómicas asociadas a la capacidad de pago y demás factores que incidan en el bienestar del paciente y su entorno, orientando la gestión para la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud. A disponibilidad del servicio.
4	Apoye la verificación, gestión y seguimiento del estado del aseguramiento de los pacientes en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) que presenten novedades como suspensión por mora, condición de particular o retiro conforme al decreto 616 de 2022, acompañando la solicitud de encuesta SISBEN y la valoración de barreras de acceso a los servicios de salud. Total 12.
5	Apoye la gestión de casos de pacientes en condición de abandono social o sin red de apoyo, de conformidad con los criterios establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E., incluyendo la caracterización social, elaboración de informes sociales, gestión de cupos institucionales, reconocimiento domiciliario y articulación con redes comunitarias e institucionales.
6	Apoye la elaboración y seguimiento de estudios sociales de caso a población migrante irregular, describiendo la situación del paciente, la información suministrada por el usuario y la orientación brindada para su proceso de regularización en el país, conforme a la normatividad vigente.
7	Diligencie, registre y actualice de manera completa, legible, veraz y oportuna las historias clínicas, registros y demás documentos derivados de las intervenciones realizadas en desarrollo del objeto contractual, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y de los protocolos institucionales relacionados con el manejo de la información clínica. lo anterior incluye, entre otros, el diligenciamiento de la ficha SIVIM como evento de interés en salud pública, la aplicación del test APGAR familiar, la actualización de bases de datos institucionales relacionadas con pacientes en condición de abandono social, casos de violencia, población indígena embera, solicitudes de oxígeno, estudios sociales de caso, así como los demás documentos y reportes que se deriven del objeto contractual.
8	Apoye el seguimiento semanal a pacientes con cargo al fondo financiero distrital de salud (FFDS), garantizando la continuidad de la atención y la articulación con las áreas responsables.
9	Apoye el trámite de solicitudes de oxígeno domiciliario, incluyendo la gestión de autorizaciones, el seguimiento, el registro en las bases institucionales y la comunicación con pacientes, familias y áreas involucradas.
10	Gestione la identificación de pacientes sin documentación y NN puros, mediante la articulación con la registraduría nacional del estado civil, personerías, instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, migración Colombia, embajadas y demás entidades competentes, garantizando el restablecimiento del derecho a la identidad. Total 2 proceso de cedulación
11	Brinde acompañamiento en los traslados interinstitucionales hacia entidades como el instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF), comisarías de familia, fiscalía general de la nación, IPS receptoras y demás actores de la ruta de atención integral en salud, velando por la protección de los derechos de los pacientes. ICBF (115) Comisarias (18) Ubicación paciente (4)
12	Articule, a nivel extra institucional, la entrega de medicamentos formulados a pacientes ubicados en hogares sustitutos o instituciones de protección que no cuenten con red de apoyo familiar, en coordinación con las áreas responsables.

13	Brinde atención psicosocial y contención emocional a pacientes y familias en el marco de procesos clínicos y administrativos, promoviendo el bienestar emocional y el afrontamiento adecuado de situaciones de crisis. total 18 seguimientos intrahospitalarios, con atención a nivel familiar, comunitario e institucional.
14	Apoye el desarrollo de actividades informativas, educativas y de sensibilización dirigidas a usuarios, familias, funcionarios de planta, colaboradores y personal tercerizado, orientadas a la apropiación de los temas relacionados con las funciones de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Total 78 y 3 encuestas.
15	Registre de manera oportuna y completa la información en el sistema de información institucional si cuéntenos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la subred. Total 25.
16	Garantice la reserva, confidencialidad, privacidad y protección de los datos personales e información de los pacientes y usuarios, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la subred.
17	Participe en reuniones, espacios de fortalecimiento, capacitaciones y actividades convocadas por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano y/o por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. total 1.
18	Apoye los subprocesos de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, de acuerdo con las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual.
19	Cumplí con las obligaciones contractuales dentro de los tiempos y condiciones requeridos, de acuerdo con las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred, conforme al perfil definido.
20	Porte de manera visible los elementos de identificación institucional y mantener una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales.
21	Cumplí las demás obligaciones que se deriven directamente del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

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 (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 77840715	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	
	EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL PS_1931_2026_150403

EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL

CC: 1015429829

FIRMA DE QUIEN VALIDA



WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

PS_1931_2026_150403

WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

SUPERVISOR ALTERNO

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



ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

PS_1931_2026_150403

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015429829	EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL		cra 79 b # 40 a 23 sur	3102231376	lineveland@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77840715	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
PenSIÓN	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015429829	EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL		cra 79 b # 40 a 23 sur	3102231376	lineveland@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77840715	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1015429829	BORDA LANDAZABAL EVELIN MAYERLY		59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA