

CONTRATO N° 048-2026 DEL 01 DE ENERO DE 2026

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CATHERIN ANDREA RAMIREZ

INFORME DE ACTIVIDADES: OBJETO DEL CONTRATO El contratista se compromete para con la E.S.E Hospital San José de Aguadas a prestar sus servicios profesionales, con independencia y autonomía como odontólogo, cumpliendo con todos los procedimientos, técnicas y acciones adecuadas propias del ejercicio profesional de odontología.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	Abril DE 2026
1. Realizar las actividades de atención en el área de odontología del Hospital San José y del Centro de Salud de Arma. Atender los requerimientos de consulta Odontológica, incluyendo las actividades Odontológicas de urgencias.	Durante el mes de Abril se realizaron las siguientes actividades clínicas: 107 Exámenes clínicos 9 Urgencias 403 Restauraciones 6 Exodoncias Para un total de 525 actividades
2. Apoyar el cumplimiento de las actividades las auxiliares de odontología e higienistas orales en la respectiva área, acciones de prevención y promoción, educación y formación de los usuarios, participación efectiva en el equipo multidisciplinario conformado en la institución.	Durante el tiempo de consulta también se asigna nueva cita a los pacientes, se remiten para atención por higiene oral, así mismo se da educación en salud oral.
3. Participar en campañas, brigadas, jornadas extramurales de salud e interseccionales, programadas por el Hospital, bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS	Durante el mes de Abril no se realizó brigada móvil a vereda
4. Participar en la capacitación y el reentrenamiento continuo del personal del área de odontología, según el Plan anual de capacitación	Durante el mes de Abril no se realizaron capacitaciones
5. Velar por la documentación y actualización de Guías odontológicas con base en los requerimientos clínicos y jurídicos del sistema de Salud	Durante el mes de Abril no se realizaron capacitaciones.
6. Fortalecer el sistema obligatorio de garantía de calidad en atención en salud oral en el componente de habilitación acreditación sistema de información y auditoría para el mejoramiento de la calidad	Se evolucionaron todas atenciones a los pacientes en la historia clínica de CNT de manera clara y oportuna el día de la atención, además se diligenciaron las bases de datos de los pacientes atendidos, registro COP y maternas.
7. Apoyar la realización de informes que soliciten las EPS contratantes de la institución.	A cada paciente que recibió la atención se le da educación en higiene oral según su estado bucal, factores de riesgo y compromiso sistémico

<p>8. Realizar educación en salud oral de manera individual y colectiva, a través de charlas, demostraciones y discusión en grupo, con apoyos didácticos para adultos mayores y personas con discapacidad, identificados en el aplicativo de ficha familiar, realizando Diagnóstico de salud oral, estado y necesidad de prótesis, calidad de vida relacionada a salud oral.</p>	<p>Entre los grupos poblacionales de riesgo atendidos en consulta programada y de urgencias se encontraron los adultos mayores y niños, a los cuales se les dió educación en higiene oral, higiene de prótesis dentales y hábitos de vida saludable.</p>
<p>9. Velar por el cuidado y la custodia del inventario que se tenga a cargo en cumplimiento del manual establecido para tal fin.</p>	<p>En las actividades extramurales se diligencia lista de chequeo de materiales y equipos necesarios para realizar la atención, autorizados por la coordinadora de área.</p>
<p>10. Responder por los documentos que se encuentran a su cargo, garantizando la aplicación de las Normas de Archivo (Tablas de Retención Documental)</p>	<p>Como soporte de las actividades realizadas se diligencia consentimiento informado por procedimiento, que se archivan de manera alfabética en carpeta de cada odontólogo.</p>
<p>11. Rendir informes mensuales de actividades realizadas</p>	<p>El 30 de Abril de 2026 se elaboró y se entregó los informes correspondientes a dicho mes.</p>
<p>12. Las demás actividades que sean relevantes y de su competencia como profesional en ODONTOLOGIA.</p>	<p>Nota: todas las actas que soportan dichas actividades se encuentran almacenadas en los archivadores con su respectivo nombre</p>
<p>OBLIGACIONES GENERALES</p> <p>ITEM # 2. Constituir las pólizas pactadas en el contrato.</p> <p>ITEM # 6. Presentar los certificados de estar al día en el pago de los aportes al sistema de seguridad social integral.</p>	<p>La seguridad social se pagó en el mes de Abril y está vigente. Mensualmente se anexa soporte de pago de seguridad social Numero de Planilla #464611377 del mes de Abril, junto con los informes de las actividades.</p>
<p>Observaciones por parte del Supervisor:</p>	

Catherin Andrea Ramirez R.
CATHERIN ANDREA RAMIREZ RAMIREZ
 C.C: 1053829410
 Contratista

Lizeth Alfonso
LIZETH VANESSA ALFONSO BETANCUR
 C.C: 1053829410
 Supervisora



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACION		CÉDULA DE CIUDADANA		NÚMERO DE IDENTIFICACION		70560167		NÚMERO PLANILLA		4646911377		TIPO DE PLANILLA		INDEPENDIENTE		2026			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CATHY ANDREA RAMIREZ RAMIREZ		CALLE		CALLE 100000		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		MAY AÑO		PERIODO COTIZACIÓN SALDO		MES AÑO			
CIUDAD/MUNICIPIO		AGUADAS		DEPARTAMENTO		CALLE		DÍAS DE MORA		VALOR		MORA		VALOR		VALOR PAGADO			
DIRECCIÓN		CENTRO		TELÉFONO		100000		FECHA PAGO (AAAA/MM/DD)		2026/01/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN		966646641					
TIPO APORTANTE		INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE		INDEPENDIENTE													
TIPO EMPRESA		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONÓMICA		COMERCIO AL POR MAYOR DE COMPUTADORES, EQUIPO PER													
FORMA DE PRESENTACIÓN		PAGO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)						NO													

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD											
CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚM. COTIZANTES		COTIZACIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD		SUBSISTENCIA		MORA		TOTAL APORTES		VALOR PAGADO	
25-14		25-14 COLPENSANTES				1		\$ 280.200		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 280.200		\$ 280.200	
SUBTOTALS:						1		\$ 280.200		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 280.200		\$ 280.200	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES																					
CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚM. COTIZANTES		COTIZACIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD		SUBSISTENCIA		MORA		TOTAL APORTES		VALOR PAGADO	
EPS007		EPS007-NUOVA EPS				1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUBTOTALS:						1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES																					
CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚM. COTIZANTES		COTIZACIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD		SUBSISTENCIA		MORA		TOTAL APORTES		VALOR PAGADO	
34-25		34-25 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A				1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 42.700	
SUBTOTALS:						1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 42.700	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																					
CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚM. COTIZANTES		COTIZACIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD		SUBSISTENCIA		MORA		TOTAL APORTES		VALOR PAGADO	
25-14		25-14 COLPENSANTES				1		\$ 280.200		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 280.200		\$ 280.200	
SUBTOTALS:						1		\$ 280.200		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 280.200		\$ 280.200	

TOTAL PAGADO: \$ 541.800

Cuenta de cobro No. 04

Aguadas, 30 de Abril de 2026

SEÑORES

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS
NIT. 890801035**

DEBE A:
CATHERIN ANDREA RAMIREZ RAMIREZ
NOMBRE DEL CONTRATISTA

C.C.
1.053.832.927
LA SUMA DE:

**VALOR EN LETRAS Y EN NUMEROS
TRES MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL pesos m/c
(\$3.045.000oo)**

Por concepto de:

Prestar servicios Profesionales en el área de Odontología como odontologa del área de odontología, de acuerdo con las obligaciones específicas que se asignen, con plena autonomía y por mi cuenta y riesgo, con sujeción a las normas de la salud que existen en Colombia.

Adjunto:

- Informe de Actividades
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes al Sistema de la Protección Social correspondiente al mes de Abril de 2026

Catherin Andrea Ramirez Ramirez

CATHERIN ANDREA RAMIREZ RAMIREZ

C.C. No. 1.053.832.927

Teléfono 3233021925