

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	PAULA ANDREA RUIZ SERNA		CC:	53119123	
CORREO ELECTRÓNICO:	PARUIZS1005@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3212709767	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 20 # 29A 60 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	475770008799

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1054 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.803.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



PAULA ANDREA RUIZ SERNA
PS_1054_2026_C519AF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

PAULA ANDREA RUIZ SERNA

CC: 53119123

CEL: 3212709767

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

PAULA ANDREA RUIZ SERNA

CON C.C N°

53.119.123

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1054 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	190
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.894.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.803.800
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
--	---------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA
-------------------------------	---------------------------

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 | ACTIVIDAD # 1 Realice sesiones de terapia ocupacional, se realizaron actividades en consulta externa y hospitalización, donde se realizaron 141 atenciones en consulta externa, 341 sesiones sin interconsultas en hospitalización y se contestaron 49 interconsulta en la unidad materno infantil |
| 2 | ACTIVIDAD # 2 Realice respuesta de 49 interconsultas, brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia ocupacional y di educación a padres |
| 3 | ACTIVIDAD # 3 Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la subred Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subred Centro Oriente |
| 4 | ACTIVIDAD # 4 Realice (registrar las actividades realizadas en cada unidad en número) incluyendo el número de pacientes 86 en hospitalización en consulta externa, promedio de objetivos variantes dado que se manejo por edad, en hospitalización 7 objetivos mensuales |
| 5 | ACTIVIDAD # 5 registre el numero de sesiones y actividades educativas a 20 cuidadores, documenta los procesos de educación en la historia clínica |
| 6 | ACTIVIDAD # 6 Entregue informe de producción mensual (04/05/2026), entregue objetivos (4/05/2026), diligenciamiento de drives (durante en mes, semanalmente)se entrega informe mensual 4/5/2026 |
| 7 | ACTIVIDAD # 7 Realice registro completo y con calidad de (141 consulta externa) y (390 hospitalización controles e interconsultas) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. |
| 8 | ACTIVIDAD # 8 Realice formatos de historia clínica de plan contingencia, realice 10 formatos de consentimiento informado |
| 9 | ACTIVIDAD # 9 Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente |
| 10 | ACTIVIDAD # 10 Asistí a la capacitación que se dieron en el mes |
| 11 | ACTIVIDAD # 11 cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso e elementos de protección personal, proceso de limpieza y desinfección |
| 12 | ACTIVIDAD # 12 asistí a la unidad materno infantil en el mes de MAYO 2026, según orden de mi supervisora de contrato |
| 13 | ACTIVIDAD # 13 se realizó limpieza terminal de juguetes los días viernes o martes según necesidad |
| 14 | ACTIVIDAD #14 Realice verificación de carnet asistencia a terapias así como la verificación de la información completa cumpliendo con la normatividad |

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 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° 9501806550	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/13	\$ 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 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	 PAULA ANDREA RUIZ SERNA PS_1054_2026_C519AF <hr/> PAULA ANDREA RUIZ SERNA CC: 53119123
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_1054_2026_C519AF <hr/> ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO