

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ		CC:	1031165776	
CORREO ELECTRÓNICO:	CATHERINEMENDEZP96@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3125014425	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 5 G 48 B 40 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66719231854

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1968 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		



YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ

PS_1968_2026_2BF9B6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ

CC: 1031165776

CEL: 3125014425

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

YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ

CON C.C N°

1.031.165.776

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 1968 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 SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
-------------------------------	-----------------------------

ITEM	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 | 1. Apoye 16 la activaciones, orientaciones 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. |
| 2 | 2. Gestione 74 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. |
| 3 | 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 |
| 4 | 4. Apoye 51 casos en 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. |
| 5 | 5. Apoye la gestión de 9 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 | 6. Apoye en la elaboración y seguimiento de 64 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 | 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 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 | 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 | 9. Apoye 2 trámites 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 | 10. Gestione 9 procesos de 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. |
| 11 | 11. Brinde 1 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. |
| 12 | 12. Articule, a nivel extra institucional, 1 entregas 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	13. Brinde 7 atenciones psicosociales 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
14	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.
15	15. Registre de manera oportuna y completa la información de 25 registros en el sistema de información institucional si cuéntanos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la subred.
16	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	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.
18	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	19. Cumpli 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	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	21. Cumpli 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° 81212935	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/05/19	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/19	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/19	\$ 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



YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ

PS_1968_2026_2BF9B6

YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ

CC: 1031165776

FIRMA DE QUIEN VALIDA



WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN

PS_1968_2026_2BF9B6

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_1968_2026_2BF9B6

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO