

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA MARIA PEÑA PULIDO			CC:	1032677207	
CORREO ELECTRÓNICO:	anamariapena03112602@gmail.com			TELÉFONO:	3133146545	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 34 SUR 08 61			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008100772378	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5640 2025	N° CDP:	2547	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 190.218					
<div><div>ANA MARIA PEÑA PULIDO PS_5640_2025_F34B67</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MARIA PEÑA PULIDO CC: 1032677207 CEL: 3133146545</div>						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANA MARIA PEÑA PULIDO

CON C.C N°1.032.677.207

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5640 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/06
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	7.250.023	No. HORAS EJECUTADAS	163
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	11.635.567	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 190.218
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES			

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	SE REALIZA CONSULTA EN APLICATIVO ADRES PARA VERIFICAR EL EAPB Y SU RÉGIMEN CON EL FIN DE CONFIRMAR EAPB PARA DERIVACIÓN A PROFESIONALES
2	DURANTE EL MES DE AGOSTO REALIZA LA CARACTERIZACIÓN EN EL SECTOR CATASTRAL DE EL PARAISO Y SE DERIVAN A PERFILES SEGÚN PRIORIDAD O PATOLOGÍA
3	SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, TAMIZAJES PARA EVALUAR CONDICIONES FÍSICAS Y MENTALES DE LOS PACIENTES
4	SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO
5	SE SOLICITA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS USUARIOS PARA QUE EL PROFESIONAL PUEDA ESTABLECER UNA UBICACIÓN Y FECHA PARA ACORDAR LA ATENCIÓN.
6	SE REALIZA INDAGACIÓN DE DATOS PERSONALES, FAMILIARES, SOCIOECONÓMICOS, GEOGRÁFICOS CON EL FIN DE VERIFICAR FACTORES DE RIESGO EN SALUD.
7	SE REALIZA ASISTENCIA A COMITÉS DE CUIDADO Y CAPACITACIÓN
8	VERIFICAR FACTORES DE RIESGO POBLACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR CATASTRAL VISITADO
9	SE REALIZA REGISTRO EN EL APLICATIVO GTAPS PARA EVALUAR Y NOTIFICAR ALERTAS, SIGNOS, COMPROMISOS REALIZADOS DURANTE LA VISITA Y TAMIZAJES

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 88670931	OPERADOR:	MI PLANILLA
------------------	-------------	-----------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/13	\$ 179.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	\$ 229.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 35.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 443.500
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	<div><div></div><div><div>ANA MARIA PEÑA PULIDO</div><div>PS_5640_2025_F34B67</div></div></div> <div>ANA MARIA PEÑA PULIDO</div> <div>CC: 1032677207</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div></div><div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</div><div>PS_5640_2025_F34B67</div></div></div> <div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		