

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA MARIA VENEGAS PRIETO			CC:	1071164796
CORREO ELECTRÓNICO:	ivenegasli086@gmail.com			TELÉFONO:	3214273785
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18A BIS A ESTE 51A 35			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	047341003

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6148 2025	N° CDP:	2547	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 6.000.056



LINA MARIA VENEGAS PRIETO
PS_6148_2025_F05B7D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LINA MARIA VENEGAS PRIETO

CC: 1071164796

CEL: 3214273785

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

LINA MARIA VENEGAS PRIETO

CON C.C N°

1.071.164.796

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 6148 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/08/06

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

5.200.049

No. HORAS EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

17.000.047

VALOR DE HONORARIOS

\$

6.000.056

PERÍODO A CERTIFICAR:

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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)

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 VALIDA QUE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES TENGA ATENCION INTEGRAL SEGÚN CICLO DE VIDA SEGÚN RESOLUCION 3280 POR MEDIO DE ANAMNESIS
2	AL ENCONTRAR PACIENTE CON CRITERISO PARA ATENCION INMEDIATA SE MARCA A LA LINEA 123 PARA SU OPORTUNA ATENCION EN CENTRO DE PRIMER NIVEL BRINDANDO INFORMACION TANTO A PACIENTE COMO FAMILIAR
3	ASISTI A REUNIONES VIRTUAL POR TEAMS, PARTICIPE EN AUDITORIA 22 AGOSTO EN SANTA CLARA
4	13 PARA LOS USUARIOS QUE NO CUENTEN CON AFILIACION, PERO CUMPLAN CRITERIOS EL GESTOR AYUDA CON EL PROCESO DE AFILIACION TOMANDO FOTO A DOCUMENTO DE IDENTIFICACION PARA SU RESPECTIVA GESTION
5	SE CANALIZARÁ A SIRC, CONDICION DEL PACIENTE, ATENCIONES, ENTORNO, RIESGOS, INOPORTUNIDADES ETC
6	17 DURANTE JORNADAS DE TOMAS VALORE PACIENTE Y FAMILIAS DE FORMA CEFALOCAUDAL IDENTIFICANDO ENTORNOS RIESGOS Y COMPLICACIONES POSTERIOS A ELLO PLAN DE MANEJO MENCIONADOS ANTERIORMENTE.
7	20 ENTREGO DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS DINAMICA, LINK, DRIVE, GTAPS CON SUS RESPECTIVOS PLAN MANEJO Y CUIDADO.
8	PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS POR EL CONVENIO EBS REUNIONES, AUDITORIA, TOMAS, VISUALICE EL FORTALECIMIENTO POR MEDIOS DE VIDEOS PARA ENTREGA DE RESPECTIVOS PRODUCTOS.
9	1. BRINDE EDUCACION SEGÚN CICLO DE VIDA A CADA PACIENTE
10	2. SE ENTREGO SOPORTES DE LINK, GTAPS Y HISTORIA CLINICA EN DINAMICA
11	SE DILIGENCIO HISTORIA CLINICA CON SU 3. RESPECTIVO PLAN DE CUIDADO SEGÚN NECESIDAD DE LOS PACIENTES
12	4. SE REALIZARÁ RESPECTIVA NOTIFICACION A LOS SUBSISTEMAS DE INTERES EN SALUD PUBLICO COMO DESNUTRICION, ABUSO SEXUAL, MALTRATO, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES O CRONICAS, SALUD MENTAL E INFORMAR O CANALIZAR PARA PERTINENCIA EN LA ATENCION
13	5. SABER ABORDAR LA FAMILIA PARA DAR CUIDADO/ATENCION INTEGRAL A GRUPO FAMILIAR U INDIVIDIO
14	6. ANALIZAR EL ENTORNO LA FAMILIA Y EL INDIVIDUO PARA PODER IDENTIFICAR RIESGOS CON EL FIN DE PREVENIR E INTERVENIR OPORTUMENTE
15	7. BRINDE EDUCACION PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD; HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, IMPORTANCIA DE ASISTENCIA A MEDICO, IMPORTANCIA DE HABITOS DE HIGIENE PERSONALES Y EN EL HOGAR, INCENTIVE LA ACTIVIDAD FISICA. PRACTICAR AUTOEXAMN DE SENO Y TESTUCULAR
16	8. INFORME PRIORIDADES A MEDICO CON EL FIN DE DAR RESOLUTIVIDAD Y CANALIZE A LAS RIAS RESPECTIVAS DE CADA PACIENTE
17	9. IDENTIFIQUE PRIORIDADES EN CADA PACIENTE Y SOBRE ELLO REALICE PAN DE MANEJO DERIVACION, CANALIZACION SEGUN CLINICA DE CADA PACIENTE
18	CANALICE A POBLACION PRIORIZADA A NUEVA VISITA SEGÚN LINEA DE ATENCION Y RESOLUCION 3280 SE REALIZA SU RESPECTIVAS DERIVACIONES PARA BRINDAR ATENCION OPORTUNA
19	ACTIVIDADES QUE REALICE DE FORMA EXTRAMURAS EN LA LOCALIDAD DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE RAFAEL URIBE Y PARQUE NACIONAL CON COMUNIDAD EMBERA
20	14 ENTREGUE REPORTES COMO LINK, COMPLEMENTANDO DRIVE, GTAPS Y DINAMICA

21

POR MEDIO DE TAMIZAJE NUTRICIONAL, CARDIOMETABOLICO, APGAR, VALE, IDENTIFICANDO SIGNOS DE ALARMA PARA SU RESPECTIVO MANEJO

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491742004	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/12	\$ 3.000.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/12	\$ 384.000
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/09/12	\$ 58.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.442.500

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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



LINA MARIA VENEGAS PRIETO

PS_6148_2025_F05B7D

LINA MARIA VENEGAS PRIETO

CC: 1071164796

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6148_2025_F05B7D

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

