

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA PAOLA CASTRO ROMERO			CC:	1000723267
CORREO ELECTRÓNICO:	castrolina681@gmail.com			TELÉFONO:	3204202511
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18 70A 26 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488428805151

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6181 2025	N° CDP:	2660	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	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						\$ 2.500.008



LINA PAOLA CASTRO ROMERO
PS_6181_2025_20C681

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LINA PAOLA CASTRO ROMERO
CC: 1000723267
CEL: 3204202511

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

LINA PAOLA CASTRO ROMERO

CON C.C N°

1.000.723.267

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 6181 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/15
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.416.671	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.416.687	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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)

1	Participa en procesos de actualización y capacitaciones relacionadas con el manejo de laboratorios, fortaleciendo las competencias técnicas para un mejor apoyo en la atención.
2	Identificación y verificación de la evolución de historias clínicas que ya han sido facturadas, garantizando la correcta trazabilidad de los procesos clínicos y administrativos.
3	Verifica los laboratorios ordenados en la historia clínica de cada usuario, asegurando que correspondan a la indicación médica y se encuentren debidamente programados en el sistema
4	Lleva a cabo la revisión de los medicamentos ordenados, validando que estén registrados con la frecuencia y dosificación correctas según lo prescrito por el profesional de salud.
5	Se capacita de manera periódica en el manejo de los sistemas de información de laboratorio de la Subred, asegurando un registro oportuno y confiable.
6	Efectúa el seguimiento a los usuarios programados para procedimientos o toma de laboratorios, promoviendo el cumplimiento de las citas asignadas y la continuidad del tratamiento.
7	Apoya en la gestión previa para la toma de muestras de laboratorio en territorio, coordinando la logística necesaria para facilitar la atención extramural.
8	Realiza la verificación de la correcta preparación de los usuarios para la toma de muestras de laboratorio, garantizando la validez de los resultados obtenidos.
9	Apoya en la verificación de la frecuencia de uso de medicamentos y laboratorios a tomar, con el fin de evitar duplicidades o inconsistencias en la atención del usuario.
10	Participa en actividades de mejora continua y retroalimentación con el equipo interdisciplinario, aportando información valiosa sobre procesos de medicamentos y laboratorios que contribuyen al fortalecimiento de la calidad en la atención.
11	Asistencia a comités de salud

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° 80431778	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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



LINA PAOLA CASTRO ROMERO

PS_6181_2025_20C681

LINA PAOLA CASTRO ROMERO

CC: 1000723267

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6181_2025_20C681

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO