

| DATOS DEL CONTRATISTA                                          |                                              |                                |         |            |            |                                                             |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|---------|------------|------------|-------------------------------------------------------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)                        |                                              |                                |         |            |            |                                                             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                           | MARIA DEL ROSARIO DE LOURDES AREVALO SANCHEZ |                                |         | CC:        | 35405251   |                                                             |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                            | CH4R1T485@GMAIL.COM                          |                                |         | TELÉFONO:  | 3015325804 |                                                             |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                           | CL 82 95B 14 AP 303                          |                                |         | CIUDAD:    | BOGOTA     |                                                             |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                       | BBVA COLOMBIA                                | TIPO DE CUENTA:                | AHORROS | N° CUENTA: | 257003510  |                                                             |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO          |                                              |                                |         |            |            |                                                             |
| N° DEL CONTRATO:                                               | PS 5893 2025                                 | N° CDP:                        | 2547    | N°. RP:    | 0          | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: CUATRO (4) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                       | 2025/07/09                                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: |         | 2025/10/31 |            |                                                             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                       | DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30                 |                                |         |            |            |                                                             |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO | \$ 2.500.008                                 |                                |         |            |            |                                                             |



MARIA DEL ROSARIO DE LOURDES AREVALO SANCHEZ  
PS\_5893\_2025\_0ED1F4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
MARIA DEL ROSARIO DE LOURDES AREVALO SANCHEZ  
CC: 35405251  
CEL: 3015325804

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
 MARIA DEL ROSARIO DE LOURDES AREVALO SANCHEZ

CON C.C N° 35.405.251

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 5893 2025     | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/07/09   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 4.416.681     | No. HORAS EJECUTADAS                      | 184          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 8.831.550     | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.500.008 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | CUATRO (4) 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 9. Realizar notificación de eventos de interés de salud pública. Realizacion de notificacion , en los formatos establecidos según corresponda el evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2    | 10. Agendamiento en tiempo real para atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), dando cumplimiento en la atención según la necesidad que evidencien en el usuario. N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3    | 3. Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes y realizar periodicamente el debido seguimiento y cierre del caso en el aplicativo GTAPS de acuerdo a la prioridad del caso. GTAPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4    | 4. Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaria Distrital de Salud el esquema de vacunacion del usuario. En caso de no encontrar registro completo de los biológicos, informar al profesional de PAI. PAI - Esquemas de Vacunación PAI WEB 2.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5    | 8. Realizar valoración integral a usuarios al momento de la intervención, identificación de riesgos y derivación de los mismos Valoracion integral por resolucion 3280/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6    | 1. 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. Resolución 3280/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 7    | 2. Garantizar la apertura de la historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y el aplicativo GTAPS de la SDS. "Dinamica Gerencial Aplicativo GTAPS"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 8    | 5. Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la atención en casa. No. De llamadas realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 9    | 6. Diligenciar el formato de usuarios caracterizados con criterios de calidad, oportunidad y pertinencia. No. Caracterizaciones realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 10   | 7. Asistir a capacitaciones, comités y /o convocatorias. Actas de asistencia a los comités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 11   | 11. Las actividades se realizarán intramural, extramural y/o administrativas. Actividades en territorio , valoracion integral , educion promocion y mantenimiento de la salud y derivaciones a los diferentes perfiles según necesidad y requerimiento del apciente por medicina , profesional enfermeria y psicologia , trabajo social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 12   | 13. Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024 y todas aquellas que adicionen o se realicen modificaciones. SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. |
| 13   | 12. Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud. Según promgracion y asignacion de brigadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

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° 8637996446 | OPERADOR:     | ASOPAGOS     |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SANITAS       | 2025/09/17    | \$ 178.700   |
| PENSIÓN:                                      | COLPENSIONES  | 2025/09/17    | \$ 0         |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA          | 2025/09/17    | \$ 34.900    |
| OTRO                                          |               |               |              |
| TOTAL PAGADO                                  |               |               | \$ 213.600   |

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>MARIA DEL ROSARIO DE LOURDES AREVALO SANCHEZ</div><div>PS_5893_2025_0ED1F4</div></div> <div>MARIA DEL ROSARIO DE LOURDES AREVALO SANCHEZ</div> <div>CC: 35405251</div> |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</div><div>PS_5893_2025_0ED1F4</div></div> <div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>                           |