

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------|------------|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ANDRES JULIAN MONSALVE LANCHEROS | | CC: | 1032498721 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | AMONSALVE74@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3123006553 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 89B 116A 10 IN 44 AP 203 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BBVA COLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 021193560 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|------------|---------|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 6065 2025 | N° CDP: | 2547 | N°. RP: | 0 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/08/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/10/31 | | | |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/08/04 AL 2025/08/31 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | | | | | | \$ 7.500.024 |



ANDRES JULIAN MONSALVE LANCHEROS
PS_6065_2025_35293E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRES JULIAN MONSALVE LANCHEROS
CC: 1032498721
CEL: 3123006553

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

ANDRES JULIAN MONSALVE LANCHEROS

CON C.C N°

1.032.498.721

| | |
|-----------------------------|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 6065 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/08/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 7.500.024 | No. HORAS EJECUTADAS | 184 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 22.500.072 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 7.500.024 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRES (3) 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 | IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO SE REALIZA ANAMNESIS, TAMIZAJES DE RIESGO CARDIOMETABOLICO, ESCALAS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, VALE, VALORACIÓN NUTRICIONAL, CON CANALIZACIONES A LAS DIFERENTES RUTAS INTEGRALES DE SALUD, DESDE LA HISTORIA CLÍNICA |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 2 | DURANTE EL MES NO SE REALIZO FICHAS DE NOTIFICACION, SIN EMBARGO, DESDE EL PERFIL DE MEDICINA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN Y ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 3 | DESDE EL PERFIL DE MEDICINA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD |
|---|---|

| | |
|---|--|
| 4 | EL MÉDICO GENERAL ESTARÁ PRESENTE CON EL USUARIO CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON MÉDICO FAMILIAR, INTERNISTA O PSIQUIATRÍA DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO DURANTE EL MES NO SE DESARROLLA ESTA ACTIVIDAD, DE TELEASISTENCIA |
|---|--|

| | |
|---|--|
| 5 | LA POBLACIÓN VALORADA DURANTE EL FUE TIPIFICADA SEGÚN SU RIESGO O ENFERMEDAD, EN TIPOLOGÍA 4, CON CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA COMO ALTA, EN TIPOLOGÍA 3, CON FAMILIA DE PRIORIDAD MEDIA, TIPOLOGÍA 1 Y 2, FAMILIA CON PRIORIDAD BAJA, SON PACIENTES QUE LLEVAN UN CONTROL REGULAR DE SALUD, CON ALGUNOS RIESGOS DENTRO DE LOS QUE SE ENCUENTRAN EL SOBREPESO Y MALOS HÁBITOS DIETÉTICOS, |
|---|--|

| | |
|---|--|
| 6 | SE REALIZA PRIORIZACIÓN A MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SI NO SE ENCUENTRAN CASA PARA VALORARLOS EN LA ESTRATEGIA DE RUTEO |
|---|--|

| | |
|---|---|
| 7 | EN LOS CURSOS DE VIDA IDENTIFICADOS EN LA FAMILIA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 8 | 15. EN CASO DE IDENTIFICAR POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIOS DEBE REMITIR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN DE OFICIO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL (SAT). SE REALIZA GESTIÓN DE AFILIACIÓN PRO OFICIO A LOS PACIENTES SIN ASEGURAMIENTO, |
|---|---|

| | | | |
|---|---|-----------|-----------|
| 9 | SE REALIZA REGISTRO DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA, VERAS TODAS LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL APLICATIVO GTAPS DE ACUERDO AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EL CUAL SE REALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ATENCIONES REALIZA EN TERRITORIO | | |
| 10 | ANTE LA PRESENCIA DE UNA EMERGENCIA DURANTE LA VISITA EN TERRITORIO, EL PROFESIONAL DE MEDICINA BRINDARÁ ATENCIÓN INICIAL E INMEDIATA AL USUARIO, DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS Y ACTIVARÁ EL CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, CON EL FIN DE GESTIONAR LA REMISIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE GARANTICE LA ATENCIÓN REQUERIDA. (CADA UNO DEBE COLOCAR SI O NO REALIZO ACTIVACION CRUE SI LO ACTIVO COLOCA SE REMITEN CANTIDAD DE USUARIOS SI NO COLOCAR NO SE REALIZA ACTIVACION CRUE DURANTE LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL MES DE AGOSTO) | | |
| 11 | NO SE REALIZA CANALIZACIÓN SIRC DURANTE EL MES DE AGOSTO | | |
| 12 | DURANTE EL MES NO SE A REGISTRADO CONTROL A GESTANTES CON SIFILIS, SIN EMBARGO, SI SE REALIZADO ATENCIONES A PACIENTE CRONICO. CON SUS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES, Y REFORMULACION. | | |
| 13 | SE REALIZAN VALORACION INTEGRAL POR MEDICINA POR LAS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTROORIENTE RAFAEL URIBE URIBE, MARTIRES, SANTA FE, SAN CRISTOBAL, ANTONIO NARIO MEDIANTE TOMAS TERRITORIAS ABORDANDO POBALCION CON NECESIDADES EN SALUD | | |
| 14 | EN ESTOS CURSOS DE VIDA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA. | | |
| 15 | SE ASISTIO A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES | | |
| 16 | PRODUCTOS A ENTREGAR POR PARTE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SISS, DILIGENCIADA, ORDENES MÉDICAS (EN EL CASO DE QUE EL USUARIO PERTENEZCA A PNA, CAPITAL SALUD U EAPB QUE TENGA CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), CANALIZACIÓN SIRC (PARA USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), BASE DE DATOS DEFINIDA PARA EL CONVENIO, FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DURANTE EL MES EN EJECUCIÓN, SE ENTREGARON LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE EL PERIODO EVALUADO. -REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK INSTITUCIONAL DESTINADO PARA EL REPORTE DE ATENCIONES REALIZADAS EN LAS TOMAS TERRITORIALES, EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE LA SUBRED LOCALIDAD RAFAEL URIBE, SANCRISTOBAL, ANTONIO NARIÑO, SANTAFE Y MARTIRES -NO SE EMITEN ORDENES YA QUE LAS ATENCIONES REALIZADAS FUERON EDUCATIVAS -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZAN CANALIZACIÓN POR SIRC -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZA FICHAS DE NOTIFICACION DE EVENTOS EN INTERES EN SALUD PUBLICA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE SIVIGILA -PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, DISEÑADO EL CUAL ES EL APLICATIVO GTAPS DONDE EL DILIGENCIAMIENTO SE REALIZO SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA CONSULTA RESOLUTIVA, PRIORIZANDO ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR. | | |
| 17 | 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 | | |
| 18 | 1. VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS OBJETO DE INTERVENCIÓN. SE REALIZÓ CONSULTAS RESOLUTIVAS Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2, EPOC. CONSULTAS DE VALORACIÓN INTEGRALES POR CURSO DE VIDA CONSOLIDADAS EN DINÁMICA GERENCIAL | | |
| 19 | SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA PACIENTE, | | |
| 20 | SE REALIZAR PLAN DE CUIDADO INDIVIDUA, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO | | |
| 21 | SE REALIZA HISTORIAS CLÍNICAS RESOLUTIVA O DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE EN DINÁMICA GERENCIAL. | | |
| 22 | SE REALIZA GESTION DE CITAS MEDICAS SOLICITADAS DESDE DINAMICA GERENCIAL. | | |
| 23 | EN ESTE MES NO SE REALIZO TELECONSULTA, SIN EMBARGO, SI SE INDICARON ORDENES MEDICAS, Y CONSULTAS POR ESPECIALISTAS. | | |
| 24 | DESDE EL PERFIL DE MEDICINA SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL PACIENTE, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA. REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINICA ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES | | |
| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | | |
| <i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i> | | | |
| 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 (2025-08-04) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---------------------|--------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA: | N° | OPERADOR: | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | | \$ 0 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | | \$ 0 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | | \$ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 0 |


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, 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 |  <p><i>ANDRES JULIAN MONSALVE LANCHEROS</i> PS_6065_2025_35293E</p> <p>ANDRES JULIAN MONSALVE LANCHEROS CC: 1032498721</p> |
|---------------------------------------|---|

| | |
|--|--|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO |  <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> PS_6065_2025_35293E</p> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> |
|--|--|