

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



LINA PAOLA CASTRO ROMERO
PS_6181_2025_A2C342

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	identificación y verificación de la evolución de historias clínicas que ya han sido facturadas, garantizando la correcta trazabilidad de los procesos clínicos y administrativos.
2	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.
3	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.
4	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.
5	Participa en procesos de actualización y capacitaciones relacionadas con el manejo de laboratorios, fortaleciendo las competencias técnicas para un mejor apoyo en la atención.
6	Se capacita de manera periódica en el manejo de los sistemas de información de laboratorio de la Subred, asegurando un registro oportuno y confiable.
7	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.
8	Apoya en la gestión previa para la toma de muestras de laboratorio en territorio, coordinando la logística necesaria para facilitar la atención extramural.
9	Realiza la verificación de la correcta preparación de los usuarios para la toma de muestras de laboratorio, garantizando la validez de los resultados obtenidos.
10	Asistencia a comités de salud
11	Agendar y tomar laboratorios casa a casa
12	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.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 81053346	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.460

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 style="text-align: center;"><i>LINA PAOLA CASTRO ROMERO</i> <i>PS_6181_2025_A2C342</i></p> <hr style="width: 60%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">LINA PAOLA CASTRO ROMERO CC: 1000723267</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: center;"><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_6181_2025_A2C342</i></p> <hr style="width: 60%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

PAGADA 2025-10-10 19:32:20.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA PAOLA CASTRO ROMERO		
Documento	CC 1000723267	Dirección	CL 57S #23 - 12
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	1111111
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Total Afiliados	1
Representante Legal		Departamento	BOGOTA D.C.
		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1000723267	Residente	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	CASTRO ROMERO LINA PAOLA	Código Ciudad - Departamento	11001000 - 11	Centro de Trabajo		Ubicación Laboral	BOGOTA D.C.
Tipo Cotizante	57	00											

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos				Caja			Parafiscales												
ING	RET	TDE	TAE	TDF	TAP	VSP	CDR	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP				VCT	IBP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARL	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPTS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF
																						16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	EPS008		12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 1.423.500	\$ 34.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPTS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 227.500	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	