

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 LINA MARIA VENEGAS PRIETO PS_6148_2025_5CC615 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 PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
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	SE DILIGENCIO HISTORIA CLINICA CON SU RESPECTIVO PLAN DE CUIDADO SEGÚN NECESIDAD DE LOS PACIENTES
2	IDENTIFIQUE PRIORIDADES EN CADA PACIENTE Y SOBRE ELLO REALICE PAN DE MANEJO DERIVACION, CANALIZACION SEGUN CLINICA DE CADA PACIENTE.
3	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
4	POR MEDIO DE TAMIZAJE NUTRICIONAL, CARDIOMETABOLICO, APGAR, VALE, IDENTIFICANDO SIGNOS DE ALARMA PARA SU RESPECTIVO MANEJO
5	SE CANALIZARÁ A SIRC, CONDICION DEL PACIENTE, ATENCIONES, ENTORNO, RIESGOS, INOPORTUNIDADES ETC
6	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	INFORME PRIORIDADES A MEDICO CON EL FIN DE DAR RESOLUTIVIDAD Y CANALIZE A LAS RIAS RESPECTIVAS DE CADA PACIENTE
8	SABER ABORDAR LA FAMILIA PARA DAR CUIDADO/ATENCION INTEGRAL A GRUPO FAMILIAR U INDIVIDIO
9	ANALIZAR EL ENTORNO LA FAMILIA Y EL INDIVIDUO PARA PODER IDENTIFICAR RIESGOS CON EL FIN DE PREVENIR E INTERVENIR OPORTUNEMENTE
10	CANALICE A POBLACION PRIORIZADA A NUEVA VISITA SEGÚN LINEA DE ATENCION Y RESOLUCION 3280 SE REALIZA SU RESPECTIVAS DERIVACIONES PARA BRINDAR ATENCION OPORTUNA
11	ACTIVIDADES QUE REALICE DE FORMA EXTRAMURAS EN LA LOCALIDAD DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE RAFAEL URIBE Y PARQUE NACIONAL CON COMUNIDAD EMBERA
12	SE VALIDA QUE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES TENGA ATENCION INTEGRAL SEGÚN CICLO DE VIDA SEGÚN RESOLUCION 3280 POR MEDIO DE ANAMNESIS
13	ENTREGUE REPORTES COMO LINK, COMPLEMENTANDO DRIVE, GTAPS Y DINAMICA
14	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
15	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
16	BRINDE EDUCACION PREVENCION 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
17	ASISTI A REUNIONES VIRTUAL POR TEAMS, PARTICIPE EN AUDITORIA 22 AGOSTO EN SANTA CLARA
18	ENTREGO DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS DINAMICA, LINK, DRIVE, GTAPS CON SUS RESPECTIVOS PLAN MANEJO Y CUIDADO.
19	PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS POR EL CONVENIO EBS REUNIONES, AUDITORIA, TOMAS, VISUALICE EL FORTALECIMIENTO POR MEDIOS DE VIDEOS PARA ENTREGA DE RESPECTIVOS PRODUCTOS.

20	BRINDE EDUCACION SEGÚN CICLO DE VIDA A CADA PACIENTE		
21	SE ENTREGO SOPORTES DE LINK, GTAPS Y HISTORIA CLINICA EN DINAMICA		
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° 9492856031	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/17	\$ 300.004
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/17	\$ 384.005
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/10/17	\$ 58.465
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 742.474
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 MARIA VENEGAS PRIETO PS_6148_2025_5CC615 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 SUPERVISOR DEL CONTRATO	