

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YELEINY PATRICIA TERAN SOTO			CC:	1026265165
CORREO ELECTRÓNICO:	PATRICIATERAN22@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3026101337
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31B SUR 24B 94			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91202440334
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7397 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.597.869	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/07 AL 2025/10/31				
 YELEINY PATRICIA TERAN SOTO PS_7397_2025_4830B6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YELEINY PATRICIA TERAN SOTO CC: 1026265165 CEL: 3026101337					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YELEINY PATRICIA TERAN SOTO

CON C.C N°1.026.265.165

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. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 7397 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/07

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$5.000.047No. HORAS EJECUTADAS141

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$5.000.047VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.597.869

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASVEINTICINCO (25) DIAS

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)

11. EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
2. DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA
3. SERÁ RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA VERIFICAR QUE LA PERSONA A VALORAR SE ENCUENTRE PREVIAMENTE CARACTERIZADA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL Y, EN LAS MODALIDADES EXTRAMURAL E INTRAMURAL, REALIZAR LA ATENCIÓN DE MANERA PERTINENTE, REGISTRANDO LA INFORMACIÓN EN DINÁMICA GERENCIAL SEGÚN LOS HALLAZGOS Y EL RIESGO DE CADA CASO, PREVIA FACTURACIÓN Y CARGUE DE LA AGENDA
4. DEBERÁ REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL Y ATENCIÓN EN SALUD DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, ASÍ COMO ELABORAR Y CONCERTAR EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR
5. DEBERÁ ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN
6. DEBERÁ REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON EL INDIVIDUO Y SU FAMILIA EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL, DENTRO DE LOS TIEMPOS DETERMINADOS.
7. EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, DEBERÁ REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE E INFORMAR AL GESTOR FAMILIAR Y/O A SU EQUIPO DE APOYO
8. DEBERÁ IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO, ASÍ COMO LOS FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO.
9. DEBERÁ IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD CON ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
10. CUANDO SE REQUIERA, DEBERÁ ESTABLECER COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO.
11. DEBERÁ REALIZAR LA PROGRAMACIÓN Y ATENCIÓN SEGÚN LA PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS, ASÍ COMO LA MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA), REGISTRANDO EL DESARROLLO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS. ASÍ MISMO, DEBERÁ REALIZAR LA ATENCIÓN Y REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN DE SALUD Y LA CLASIFICACIÓN CORRESPONDIENTE (TIPO 1, 2, 3 Y 4).
12. EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, DEBERÁ PROGRAMARSE UNA NUEVA VISITA EN LA QUE EL USUARIO SE ENCUENTRE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL

EQUIPO.

12	
13	13. EL CONTRATISTA VERIFICARÁ QUE TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, DEBERÁ ORDENAR O CANALIZAR SEGÚN CORRESPONDA.
14	14. EN LOS CASOS EN QUE SE IDENTIFIQUE POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO, DEBERÁ REMITIR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN CORRESPONDIENTE A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL SAT.
15	15. EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD DEBERÁN ASISTIR A QUIEN LO REQUIERA Y/O SOLICITAR APOYO ACTIVANDO LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS LÍNEA 123. LOS CASOS DE SALUD SERÁN DERIVADOS AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA LA REMISIÓN A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE CORRESPONDA. SERÁ NECESARIO REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA HASTA QUE LLEGUE EL EQUIPO DE RESPUESTA Y SEGUIR LAS INDICACIONES DEL REFERENTE DEL CRUE EN CASO DE SER CONTACTADO. EL TIEMPO QUE EL CONTRATISTA PERMANEZCA EN EL EVENTO DEBERÁ JUSTIFICARSE MEDIANTE LA EVOLUCIÓN HORA A HORA HASTA LA ENTREGA AL EQUIPO DE RESPUESTA, TIEMPO QUE SERÁ VALIDADO PARA EL PAGO DE HONORARIOS. TODO LO ANTERIOR DEBERÁ CUMPLIRSE EN SU CALIDAD DE PERSONAL DE SALUD Y PRIMER RESPONDIENTE
16	16. ADICIONALMENTE, DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y/O ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y CONVOCATORIAS, Y REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS, JORNADAS Y COMITÉS A LOS CUALES SEA CONVOCADO, COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES
17	17. SERÁ TAMBIÉN SU OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LOS FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, ENVIAR LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AQUELLOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
18	18. DEBERÁ OPERAR Y MANEJAR DE FORMA CORRECTA, ASÍ COMO RESPONDER POR EL CUIDADO Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO Y DEMÁS ELEMENTOS ASIGNADOS, RESPONDIENDO POR LA PÉRDIDA O DAÑO DE LOS MISMOS QUE CONSERVE BAJO SU CUIDADO O A LOS CUALES TENGA ACCESO PARA EL DESARROLLO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, REALIZANDO LA ENTREGA DE TODOS ESTOS AL FINALIZAR EL CONTRATO (ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL, EQUIPOS BIOMÉDICOS, OFIMÁTICOS, INSUMOS U OTROS QUE LE HAYAN SIDO ENTREGADOS).
19	19. EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR EL USO DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, ABSTENIÉNDOSE DE COMPARTIRLOS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO, Y ENTREGARLOS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO JUNTO CON LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO.
20	20. DEBERÁ REALIZAR TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN.

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 (2025-10-07) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 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 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	 YELEINY PATRICIA TERAN SOTO PS_7397_2025_4830B6 YELEINY PATRICIA TERAN SOTO CC: 1026265165		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7397_2025_4830B6 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		