

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO		CC:	1026560091	
CORREO ELECTRÓNICO:	PSANCHEZ.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3204749645	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 3 SUR N° 69D- 34		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007500829226

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6104 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO
PS_6104_2025_704337

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO

CC: 1026560091

CEL: 3204749645

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

PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO

CON C.C N° 1.026.560.091

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 6104 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.000.056	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.000.168	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
-------------------------------	---------------------------

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)

- | 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 | Como parte de las funciones de apoyo administrativo en la gestión sistematización y seguimiento de los planes de cuidado individualizados, Esto incluye la organización de la información, el registro en sistemas pertinentes, la programación de reuniones de concertación y la custodia adecuada de los documentos generados |
| 2 | Desde el rol de apoyo administrativo, esta función implica recopilar, organizar y registrar de forma sistemática la información relacionada con las atenciones realizadas por los profesionales del equipo interdisciplinario. Se debe asegurar que dicha información sea consolidada correctamente en la herramienta institucional dispuesta GAPS Y DINAMICA , y posteriormente remitida de manera oportuna al Grupo de Gestión Familiar, cumpliendo con los tiempos establecidos y los lineamientos de confidencialidad y calidad en el manejo de datos |
| 3 | 'Verificar que la información de las atenciones en salud haya sido registrada correctamente en la base de datos institucional definida por la Subred GTAPS Y DINAMICA y asegurar que el Plan de Cuidado Individual esté diligenciado conforme a los lineamientos establecidos, incluyendo las recomendaciones basadas en los hallazgos clínicos y la concertación con el paciente |
| 4 | Ante la identificación de un evento de interés en salud pública durante la atención o seguimiento al usuario, realizar la notificación inmediata al subsistema correspondiente (como SIVIGILA u otro definido por la Subred) según los lineamientos técnicos, e informar oportunamente . A la persona referente del sistema de vigilancia en salud publica de la unidad informadora |
| 5 | Realizar un seguimiento continuo y sistemático para detectar y documentar los cambios relevantes en el desarrollo integral del usuario, con el fin de apoyar el diseño y ajuste oportuno del plan de cuidado o intervención. |
| 6 | Realizar la detección oportuna de factores de riesgo que puedan afectar la salud, desarrollo o bienestar del usuario, para facilitar su prevención o derivación adecuada a servicios especializados. |
| 7 | Reconocer y fortalecer las capacidades, habilidades y prácticas del usuario y su entorno que contribuyen al cuidado y mantenimiento de la salud, promoviendo la autonomía y el bienestar integral. |
| 8 | Se da inicio al drive de activaciones de rutas , donde se verifica la oportunidad de los diferentes perfiles al activar las rutas según el riesgo identificado |
| 9 | Determinar la prioridad de atención de la familia basándose en la evaluación integral de cada integrante, con el fin de optimizar la asignación de recursos y el seguimiento adecuado. |
| 10 | Asegurar que los integrantes de la familia que pertenecen a grupos priorizados reciban atención directa y oportuna por parte del equipo de salud mediante la programación de visitas específicas. LA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO ES EL APLICATIVO GTAPS , ATRAVEZ DE LAS DERIVACIONES REALIZADAS POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA , PROFESIONALES DE ENFERMERIA , MEDICINA Y PSICOLOGIA |
| 11 | A TRAVES DE LA PREADITOIA DEL APLICATIVO GTAPS, DIAMICA GERENCIAL , CANALIZACIONES SIRC Y FACTURACION |
| 12 | A TRAVES DE LA ARTICULACION CON LOS GESTORES DE LOS EQUIPOS MEDIANTE EL LINK : PARA DILIGENCIAMIENTO DE INFORMACION DE AFILIACION |
| 13 | Apoyar en la consolidación y entrega de la información sobre las atenciones realizadas para facilitar la gestión familiar y el seguimiento integral. |
| 14 | Recolección de datos del aplicativo de Gtapp con las personas a las cuales se les activa ruta |
| 15 | 'Contribuir a la realización de valoraciones integrales durante las jornadas de salud para detectar necesidades y promover la atención oportuna. VERIFICACION DE DESCARGA DE ARCHIVO PLANO POR LAS LOCALIDADES DE RAFAEL URIBE , SANCRISTOBAL , ANTONIO NARIÑO ,MARTIRES , SANTAFA Y ATRAVES DE AGENDAMIENTO Y RUTEO DE LAS MISMAS LOCALIDADES |

16	Apoyar la detección temprana de alteraciones en la salud, la formulación de planes y la educación en salud para mejorar la calidad de vida de los usuarios. SEGUN CURSO DE VIDA RESOLUCION 3280/2018
17	Programación de los comités mensuales
18	Apoyar en la recopilación y organización de documentos: DINAMICA GERENCIAL , GTAPS Verificar la documentación según el tipo de usuario: SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DEL DATO DESDE LA DESCARGA DE INFORMACION DEL APLICATIVO GTAPS DINAMICA GERENCIAL Actualizar bases de datos: SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL DATO S DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PERFILES RESOLUCION 1499 EN LAS BASES ESTABLECIDAS PARA TAL FIN Diligenciar fichas de notificación: FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. Colaborar en la entrega del plan de cuidado familiar: MEDIANTE APLICATIVO GTAPS Facilitar la comunicación con el equipo profesional: Transmitir oportunamente la información y productos generados para el manejo integral del usuario
19	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 DE LA RESOLUCION 1499 Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES

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° 1076544526	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/10/19	\$ 329.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/19	\$ 421.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/19	\$ 64.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 814.400

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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



PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO

PS_6104_2025_704337

PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO

CC: 1026560091



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6104_2025_704337

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**