

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	DANA LORENA GARCIA FERNANDEZ		<b>CC:</b>	1003381664	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	GARCIAFERNANDEZ3003@OUTLOOK.ES		<b>TELÉFONO:</b>	3219716591	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 79C 41F 76 SUR		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BBVA COLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	066012474

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7679 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.500.008
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/15	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



DANA LORENA GARCIA FERNANDEZ  
PS\_7679\_2025\_433D41

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

DANA LORENA GARCIA FERNANDEZ

**CC: 1003381664**

**CEL: 3219716591**

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

**DANA LORENA GARCIA FERNANDEZ**

**CON C.C N° 1.003.381.664**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7679 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/15</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.416.671	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 3.916.679	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.500.008
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES
--	---------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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 | 1. Se realiza la apropiación y aplicación de la normatividad y lineamientos requeridos para la implementación de los Equipos Básicos de Salud, conforme a la Resolución 1499 del 26 de agosto de 2024 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como de todas las disposiciones que la modifican o adicionan.   |
| 2 | 2. participo activamente en las capacitaciones relacionadas con 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, especialmente en los componentes asociados con la historia clínica.   |
| 3 | 3. verifico la frecuencia de uso de acuerdo con el esquema de intervenciones o atenciones en salud individuales definido en el Lineamiento Técnico y Operativo de la RPMS (Resolución 3280 de 2018), con el propósito de definir el tipo de atención que corresponde a cada usuario.   |
| 4 | 4. e garantiza la apertura de la historia clínica en los aplicativos Dinámica Gerencial y GTAPS, asegurando que cada usuario cuente con su respectivo registro digital.  |
| 5 | 5. realizo la programación y atención de los seguimientos de acuerdo con su periodicidad y modalidad (presencial o telefónica), dependiendo de la clasificación familiar (alta, media o baja). Registra el desarrollo de la atención en el aplicativo GTAPS en línea y atiende a los integrantes de la familia según su condición de salud y la clasificación correspondiente (tipos 1, 2, 3 y 4). |

**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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° no aplica	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COOSALUD	2025/11/01	\$ 94.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/01	\$ 121.472
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/01	\$ 18.494

OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 234.866
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
<b>VII. ANEXOS</b>			
(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			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	<div style="text-align: center;">  <p><i>DANA LORENA GARCIA FERNANDEZ</i> <i>PS_7679_2025_433D41</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p><b>DANA LORENA GARCIA FERNANDEZ</b> <b>CC: 1003381664</b></p> </div>		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	<div style="text-align: center;">  <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_7679_2025_433D41</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p><b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p> </div>		