

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA			CC:	53117395
CORREO ELECTRÓNICO:	ROMEROPATRICIAA777@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3105880262
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14B SUR 78 29			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488402168204
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7274 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.500.008	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/29	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA PS_7274_2025_092F93 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA CC: 53117395 CEL: 3105880262					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA

CON C.C N°53.117.395

OBJETO DEL CONTRATO: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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 7274 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/09/29

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$2.666.675No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$2.666.675VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.500.008

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASUN (1) MES Y DOS (2) 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)

1	se realiza indagación de datos personales, familiares, socioeconómicos, geográficos con el fin de verificar factores de riesgo en salud.
2	se realiza asistencia a comités
3	verificar factores de riesgo poblacional en salud en el sector catastral visitado
4	se realiza registro en el aplicativo gtaps para evaluar y notificar alertas, signos, compromisos realizados durante la visita y tamizajes
5	se realiza toma de signos vitales, medidas antropométricas, tamizajes para evaluar condiciones físicas y mentales de los pacientes
6	Se realiza la verificación de frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la rpms (resolución 3280-2018), con el fin de definir el tipo de atención que le corresponde a cada usuario
7	se realiza la verificación de frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la rpms (resolución 3280-2018), con el fin de definir el tipo de atención que le corresponde a cada usuario
8	Lineamientos de la Resolución 1499 de 2024 Responsabilidades del talento humano en salud frente a la normativa Revisión de los aspectos normativos de la Resolución 3280 de 2018 Implementación de rutas de atención integral en los diferentes grupos poblacionales. Organización, funciones y articulación de los Equipos Básicos de Salud. Estrategias para la implementación territorial y comunitaria. Capacitacion de GTAPS verificar factores de riesgo poblacional en salud en el sector catastral visitado
9	se realiza consulta en aplicativo adres para verificar el eapb y su régimen con el fin de confirmar eapb para derivación a profesionales
10	se solicita información de contacto de los usuarios para que el profesional pueda establecer una ubicación y fecha para acordar 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°		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SALUD TOTAL		\$ 0	
PENSIÓN:		PORVENIR		\$ 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 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		 BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA PS_7274_2025_092F93 BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA CC: 53117395			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7274_2025_092F93 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO			