

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN ANDRES DUARTE RAMIREZ			CC:	1018496007
CORREO ELECTRÓNICO:	adua85@hotmail.com			TELÉFONO:	3007987807
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 2 68 28			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	1009347662
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6298 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.500.024	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 JUAN ANDRES DUARTE RAMIREZ PS_6298_2025_454CC4 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JUAN ANDRES DUARTE RAMIREZ CC: 1018496007 CEL: 3007987807					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JUAN ANDRES DUARTE RAMIREZ

CON C.C N° 1.018.496.007

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCI?N 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI?N SOCIAL
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6298 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.750.041	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.750.041	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTIUN (21) DIAS
---	---------------------------------

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 BRINDA EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA PACIENTE
2	SE REALIZAR PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO
3	SE REALIZA HISTORIAS CLÍNICAS RESOLUTIVA O DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE EN DINÁMICA GERENCIAL.
4	SE REALIZÓ CONSULTAS RESOLUTIVAS Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2, EPOC. CONSULTAS DE VALORACIÓN INTEGRALES POR CURSO DE VIDA CONSOLIDADAS EN DINÁMICA GERENCIAL
5	DURANTE EL MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD, DE TELEASITENCIA
6	SE REALIZA GESTION DE CITAS MEDICAS SOLICITADAS DESDE DINAMICA GERENCIA.
7	EN ESTE MES NO SE REALIZO TELECONSULTA, SIN EMBARGO, SI SE INDICARON ORDENES MEDICAS, Y CONSULTAS POR ESPECIALISTAS
8	EN LOS CURSOS DE VIDA IDENTIFICADOS EN LAFAMILIA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.
9	SE REALIZA GESTION DE AFILIACION POR OFICION A LOS PACIENTES SIN ASEGURAMIENTO,
10	DESDE EL PERFIL DE MEDICINA SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL PACIENTE, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA.REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINCIA ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES
11	SE REALIZA ANAMNESIS, TAMIZAJES DE RIESGO CARDIOMETABOLICO, ESCALAS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, VALE, VALORACIÓN NUTRICIONAL, CON CANALIZACIONES A LAS DIFERENRES RUTAS INTEGRALES DE SALUD, DESDE LA HISTORIA CLÍNICA
12	DURANTE EL MES NO SE REALIZO FICHAS DE NOTIFICACION, SIN EMBARGO, DESDE EL PERFIL DE MEDICINA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN Y ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES.
13	DESDE EL PERFIL DE MEDICICNA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD
LA POBLACIÓN VALORADA DURANTE EL FUE TIPIFICADA SEGÚN SU RIESGO O ENFERMEDAD, EN TIPOLOGÍA 4, CON CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA COMO ALTA,EN TIPOLOGÍA 3, CON FAMILIA DE PRIORIDAD MEDIA , TIPOLOGÍA 1 Y 2, FAMILIA CON PRIORIDAD BAJA, SON PACIENTES QUE LLEVAN UN CONTROL	

REGULAR DE SALUD, CON ALGUNOS RIESGOS DENTRO DE LOS QUE SE ENCUENTRAN EL
SOBREPESO Y MALOS HÁBITOS DIETÉTICOS,

14			
15	SE REALIZA PRIORIZACIÓN A MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SI NO SE ENCUENTRAN CASA PARA VALORARLOS EN LA ESTRATEGIA DE RUTEO		
16	SE REALIZA REGISTRO DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA, VERAS TODAS LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL APLICATIVO GTAPS DEACUERDO AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EL CUAL SE REALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ATENCIONES REALIZA EN TERRITORIO		
17	ANTE LA PRESENCIA DE UNA EMERGENCIA DURANTE LA VISITA EN TERRITORIO , EL PROFESIONAL DE MEDICINA BRINDARÁ ATENCIÓN INICIAL E INMEDIATA AL USUARIO , DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS Y ACTIVARÁ EL CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, CON EL FIN DE GESTIONAR LA REMISIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE GARANTICE LA ATENCIÓN REQUERIDA.(CADA UNO DEBE COLOCAR SI O NO REALIZO ACTIVACION CRUE SI LO ACTIVO COLOCA SE REMITEN CANTIDAD DE USUARIOS SI NO COLOCAR NO SE REALIZA ACTIVACION CRUE DURANTE LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL MES DE OCTUBRE)		
18	NO SE REALIZA CANALIZACION SIRC DURANTE EL MES DE OCTUBRE		
19	DURANTE EL MES NO SE A REGISTRADO CONTROL A GESTANTES CON SIFILIS, SIN EMBARGO, SI SE REALIZADO ATENCIONES A PACIENTE CRONICOS. CON SUS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES, Y REFORMULACION.		
20	EN ESTOS CURSOS DE VIDA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.		
21	SE ASISTIO A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES		
22	SE REALIZAN VALORACION INTEGRAL POR MEDICINA POR LAS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTROORIENTE RAHEL URIBE URIBE, MARTIRES, SANTA FE, SAN CRISTOBAL, ANTONIO NARIO MEDIANTE TOMAS TERRITORIAS ABORDANDO POBLACION CON NECESIDADES EN SALUD		
23	DURANTE EL MES EN EJECUCIÓN, SE ENTREGARON LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE EL PERIODO EVALUADO. -REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK INSTITUCIONAL DESTINADO PARA EL REPORTE DE ATENCIONES REALIZADAS EN LAS TOMAS TERRITORIALES, EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE LA SUBRED LOCALIDAD RAFAEL URIBE ,SANCRISTOBAL,ANTONIO NARIÑO, SANTAFE Y MARTIRES -NO SE EMITEN ORDENES YA QUE LAS ATENCIONES REALIZADAS FUERON EDUCATIVAS -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZAN CANALIZACIÓN POR SIRC -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZA FICHAS DE NOTIFICACION DE EVENTOS EN INTERES EN SALUD PUBLICA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE SIVIGILA -PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, DISEÑADO EL CUAL ES EL APLICATIVO GTAPS DONDE EL DILIGENCIAMIENTO SE REALIZO SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA CONSULTA RESOLUTIVA, PRIORIZANDO ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR.		
24	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 DEL CONVENIO 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, <u>CERTIFICO</u> 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° 34920213	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/03	\$ 239.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/03	\$ 305.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/03	\$ 46.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 591.500
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		 JUAN ANDRES DUARTE RAMIREZ PS_6298_2025_454CC4 JUAN ANDRES DUARTE RAMIREZ CC: 1018496007	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_6298_2025_454CC4 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO	