

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	VERONICA LUZ REALES OROZCO		<b>CC:</b>	1042417189	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	VERONICAREALES3019@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3114641497	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	DG 45 BIS SUR 13 15		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	4870393081

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7767 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 6.000.056
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/20	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



VERONICA LUZ REALES OROZCO  
PS\_7767\_2025\_310E94

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

VERONICA LUZ REALES OROZCO

CC: 1042417189

CEL: 3114641497

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

**VERONICA LUZ REALES OROZCO**

**CON C.C N°**

**1.042.417.189**

**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 SERVICIOS PROFESIONALES No.**

**PS 7767 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/10/20**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

2.400.022

**No. HORAS EJECUTADAS**

**184**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

8.400.078

**VALOR DE HONORARIOS**

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$

6.000.056

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

DOS (2) MESES

**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

ACTIVIDAD 1. REALICE UNA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR, IDENTIFICANDO RIESGOS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, DISCAPACIDADES O NECESIDADES ESPECIALES.

2

ACTIVIDAD 2 DISEÑE EL PLAN DE CUIDADO CON LAS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA CADA INTEGRANTE, BASADAS EN SUS NECESIDADES PARTICULARES (EJ. CONTROL DE ENFERMEDADES, EDUCACIÓN EN SALUD, AUTOCUIDADO, ADHERENCIA A TRATAMIENTOS, HÁBITOS SALUDABLES).

3

ACTIVIDAD 3 REGISTRE LAS ACCIONES Y ACUERDOS, ESTABLECIENDO FECHAS PARA PRÓXIMAS VISITAS O CONTROLES, Y SE HACE SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DE CADA INTEGRANTE.

4

ACTIVIDAD 5 IDENTIFIQUE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO, OBSERVANDO EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y COGNITIVO SEGÚN LA EDAD. COMPARÁNDOLO CON LOS HITOS ESPERADOS PARA DETECTAR RETRASOS O ALTERACIONES. REGISTRAR Y COMUNICAR HALLAZGOS RELEVANTES

5

ACTIVIDAD 6 IDENTIFIQUE OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO, EVALUANDO CONDICIONES DEL ENTORNO, HÁBITOS, ANTECEDENTES FAMILIARES Y ESTADO DE SALUD. DETECTANDO RIESGOS BIOLÓGICOS, SOCIALES O AMBIENTALES. BRINDANDO RECOMENDACIONES O DERIVANDO AL SERVICIO CORRESPONDIENTE PARA SU ATENCIÓN OPORTUNA

6

ACTIVIDAD 7 REALICE ORIENTACIÓN, EDUCACIÓN Y REFUERZO POSITIVO. MOTIVANDO LA PRÁCTICA CONSTANTE DE HÁBITOS SALUDABLES Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN SU AUTOCUIDADO Y BIENESTAR FAMILIAR.

7

ACTIVIDAD 9 VALORARE EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE DEL HOGAR (SIGNOS, SÍNTOMAS, ENFERMEDADES, FACTORES DE RIESGO). ANALIZANDO EL CONTEXTO FAMILIAR (ACCESO A SERVICIOS, APOYO SOCIAL, CONDICIONES DEL ENTORNO). CLASIFICANDO LA PRIORIDAD DEL HOGAR COMO ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LA GRAVEDAD Y URGENCIA DE LAS NECESIDADES. REGISTRANDO LA PRIORIDAD PARA PLANEAR EL SEGUIMIENTO Y LAS INTERVENCIONES NECESARIAS.

8

ACTIVIDAD 11 CERTIFIQUE LAS ATENCIONES POR CURSO DE VIDA, REVISANDO SI CADA USUARIO VALORADO HA RECIBIDO LAS ATENCIONES QUE LE CORRESPONDEN SEGÚN SU EDAD, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018

9

ACTIVIDAD 18 REALICE DETECCIÓN TEMPRANA, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD, IDENTIFIQUE DE MANERA OPORTUNA CUALQUIER ALTERACIÓN O FACTOR DE RIESGO EN LOS USUARIOS DURANTE LAS VALORACIONES Y FORMULE PLANES DE CUIDADO E INTERVENCIONES SEGÚN LAS NECESIDADES DETECTADAS. BRINDANDO EDUCACIÓN EN SALUD PERSONALIZADA PARA PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES Y MANEJO ADECUADO DE CONDICIONES.

10

ACTIVIDAD 19 PARTICIPE ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE LOS COMITÉS DE SALUD PROGRAMADOS PARA ESTE MES. PRESENTE LOS REPORTES RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS. VERIFIQUE QUE LAS DECISIONES Y ACUERDOS DEL COMITÉ SE IMPLEMENTEN CORRECTAMENTE Y COMUNIQUE LAS RETROALIMENTACIONES CORRESPONDIENTES AL EQUIPO DE TRABAJO

ACTIVIDAD 20 ENTREGUE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS

-HISTORIA CLÍNICA EN EL FORMATO 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 ESTE PERIODO.

-REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK DE FACTURACION

11	-PLAN DE CUIDADO FAMILIAR SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA POBLACION VALORADA
12	ACTIVIDAD 22 REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

### 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

No. DE PLANILLA:	N° 1077334704	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/19	\$ 53.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/19	\$ 68.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	\$ 10.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 132.300



### 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>VERONICA LUZ REALES OROZCO</b> <i>PS_7767_2025_310E94</i> <hr/> <b>VERONICA LUZ REALES OROZCO</b> <b>CC: 1042417189</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <i>PS_7767_2025_310E94</i> <hr/> <b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-19, 08:14:02 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1077334704

Periodo Cotización:

octubre de 2025

Periodo Servicio:

octubre de 2025

Referencia pago

8823632861

## PAGADA 18/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VERONICA LUZ REALES OROZCO		
Documento	CC1042417189	Dirección	cra 35 # 26 58
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3209535370
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1042417189	VERONICA LUZ REALES OROZCO	59	0	X																	0	9	9	0	(230301) PORVENIR	\$427,050	\$68,400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$427,050	\$53,400	2.436	\$427,050	\$10,500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$132,300

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$427,050	\$427,050	\$427,050	\$0	\$68,400	\$53,400	\$10,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$132,300	\$0	\$132,300



- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

**VER CONTRATO**

**Ejecución del Contrato**

Porcentaje  Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS 7767 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7767 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >