

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA		CC:	1012353998
CORREO ELECTRÓNICO:	ALEJANDRA02MARTINEZ@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3213349485
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 771 BIS 68 42 SUR		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 24064160748

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5801 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.999.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA
PS_5801_2025_AF148B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA
CC: 1012353998
CEL: 3213349485

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

JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA

CON C.C N°

1.012.353.998

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO 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 5801 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/06/18

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 4.866.414 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 10.314.681 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.999.896

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) 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)

1	ARTICULACION Y AGENDAMIENTO DE ACTIVIDADES, DURANTE LA PROGAMACIÓN CON LOS PROFESIONALES SE REVISÓ EL SECTOR CATASTRAL CORRESPONDIENTE, LO QUE PERMITIÓ BRINDAR COORDENADAS PRECISAS Y EFICIENTES SOBRE LOS LUGARES DE DESTINO, FACILITANDO ASI EL ACCESO OPORTUNO DE CADA PROFESIONAL AL TERRITORIO ASIGNADO
2	VERIFICACIÓN Y GESTIÓN OPORTUNA DE LAS ÓRDENES EMITIDAS POR LOS PROFESIONALES, COORDINANDO CON EL EQUIPO DE AGENDAMIENTO PARA PROGRAMAR LAS ATENCIONES NECESARIAS PARA LOS USUARIOS, GARANTIZANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL.
3	IDENTIFICACIÓN DE LA ZONA CATASTRAL Y LA DIRECCIÓN DE LOS USUARIOS PARA EL ADECUADO AGENDAMIENTO, SE REALIZA UN MAPEO TERRITORIAL QUE FACILITA LA PROGRAMACIÓN ORGANIZADA DE LAS VISITAS O ATENCIONES DOMICILIARIAS POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD, OPTIMIZANDO LOS RECURSOS Y TIEMPOS DEL PROCESO ASISTENCIAL.
4	CONTACTO TELEFÓNICO CON LOS USUARIOS PARA INFORMAR Y CONFIRMAR AGENDAMIENTO DE CITAS CON LOS DIFERENTES PROFESIONALES DE LOS EBS (MEDICINA, ENFERMERIA Y PSICOLOGIA) SE SOCIALIZA EL PROGRAMA DANDO CLARIDAD SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE SE ESTAN REALIZANDO EN TERRITORIO, SE RESUELVEN DUDAS E INQUIETUDES Y SE FOMENTA LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS USUARIOS EN SU PROCESO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.
5	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ATENCIONES PRESTADAS, VERIFICANDO LA EFECTIVIDAD EN LA ATENCION A LOS USUARIOS FUERON DERIVADOS ATENDIDOS O VISITADOS, ASIMISMO SE IDENTIFICAN POSIBLES BARRERAS O NECESIDADES ADICIONALES PARA FORTALECER EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL.
6	ORGANIZAR, DIGITALIZAR Y GESTIONAR BASES DE DATOS, LAS CUALES SON FUNDAMENTALES PARA PROGRAMAR ADECUADAMENTE LAS CITAS MÉDICAS Y VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS EBS.
7	BRINDAR APOYO AL EQUIPO PROFESIONAL EN LA LOCALIZACIÓN DE LAS VIVIENDAS QUE DEBEN SER INTERVENIDAS, PROPORCIONANDO INFORMACIÓN PRECISA SOBRE LA DIRECCIÓN Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA. SE COORDINA CON LOS PROFESIONALES PARA INDICAR LAS DIRECCIONES CORRESPONDIENTES A LAS VISITAS PREVIAMENTE AGENDADAS
8	DETECTAR USUARIOS QUE AÚN NO HAN SIDO ATENDIDOS, CON EL FIN DE INCLUIRLOS EN LAS PROGRAMACIONES Y GARANTIZAR SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
9	PRESENTAR INFORME CONSOLIDADO CON LOS SOPORTES FÍSICOS CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, GARANTIZANDO EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. SE REALIZA REPORTE DIARIO DE CITAS PROGRAMADAS, EL CUAL SIRVE COMO INSUMO PARA DEMOSTRAR LOS RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE METAS MENSUALES
10	ELABORAR Y ENTREGAR LOS INFORMES FINALES QUE SE REQUIERAN DENTRO DE LA ESTRATEGIA, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. POR SOLICITUD DE LA COORDINACIÓN, SE PRESENTA LA BASE DE DATOS CONSOLIDADA DE TRÍADAS, QUE REFLEJA LOS RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL PROCESO DE AGENDAMIENTO Y SEGUIMIENTO.
11	CUMPLIR OTRAS ACTIVIDADES DEFINIDAS DENTRO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ASISTENCIA A COMITÉS, JORNADAS DE FORMACIÓN O CAPACITACION ACTIVIDADES QUE FORTALECEN EL COMPONENTE ORGANIZACIONAL Y OPERATIVO DEL AGENDAMIENTO EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

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° 9494259156	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/19	\$ 177.937
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/19	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	\$ 34.676
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.373

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 ningun 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	 <p><i>JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA</i> PS_5801_2025_AF148B</p> <p>JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA CC: 1012353998</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> PS_5801_2025_AF148B</p> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>