

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA MARCELA TORRES NORIEGA		CC:	1000989040	
CORREO ELECTRÓNICO:	linatorres0502@gmail.com		TELÉFONO:	3162290383	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48 14 62		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	67400004297

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5879 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



LINA MARCELA TORRES NORIEGA  
PS\_5879\_2025\_2F0ABC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LINA MARCELA TORRES NORIEGA

CC: 1000989040

CEL: 3162290383

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

**LINA MARCELA TORRES NORIEGA**

**CON C.C N°**

**1.000.989.040**

**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. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 5879 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/07/03

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 11.800.110 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 28.174.176 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.000.056

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CINCO (5) 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 SE REALIZA UNA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR, IDENTIFICANDO RIESGOS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, DISCAPACIDADES O NECESIDADES ESPECIALES.
- 2 DISEÑO DEL PLAN DE CUIDADO: SE ELABORAN INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA CADA INTEGRANTE, BASADAS EN SUS NECESIDADES PARTICULARES (EJ. CONTROL DE ENFERMEDADES, EDUCACIÓN EN SALUD, AUTOCUIDADO, ADHERENCIA A TRATAMIENTOS, HÁBITOS SALUDABLES).
- 3 REGISTRO Y SEGUIMIENTO: LAS ACCIONES Y ACUERDOS SE DOCUMENTAN, ESTABLECIENDO FECHAS PARA PRÓXIMAS VISITAS O CONTROLES, Y SE HACE SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DE CADA INTEGRANTE
- 4 IDENTIFICAR EL EVENTO: DETECTAR SIGNOS, SÍNTOMAS O SITUACIONES QUE CORRESPONDAN A UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA (EISP), SEGÚN LINEAMIENTOS VIGENTES. REGISTRAR LA INFORMACIÓN: DOCUMENTAR TODOS LOS DATOS RELEVANTES DEL CASO (NOMBRE, EDAD, SÍNTOMAS, FECHA DE INICIO, ETC.). NOTIFICAR AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE: REPORTAR EL EVENTO DE FORMA INMEDIATA AL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA U OTRO DEFINIDO POR LA SUBRED).
- 5 IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO: OBSERVAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y COGNITIVO SEGÚN LA EDAD. COMPARAR CON LOS HITOS ESPERADOS PARA DETECTAR RETRASOS O ALTERACIONES. REGISTRAR Y COMUNICAR HALLAZGOS RELEVANTES
- 6 IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO: EVALUAR CONDICIONES DEL ENTORNO, HÁBITOS, ANTECEDENTES FAMILIARES Y ESTADO DE SALUD. DETECTAR RIESGOS BIOLÓGICOS, SOCIALES O AMBIENTALES. BRINDAR RECOMENDACIONES O DERIVAR AL SERVICIO CORRESPONDIENTE PARA SU ATENCIÓN OPORTUNA
- 7 FORTALECER ESAS CAPACIDADES MEDIANTE ORIENTACIÓN, EDUCACIÓN Y REFUERZO POSITIVO. MOTIVAR LA PRÁCTICA CONSTANTE DE HÁBITOS SALUDABLES Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN SU AUTOCUIDADO Y BIENESTAR FAMILIAR.
- 8 CONTACTAR AL ESPECIALISTA DE LA SUBRED CUANDO SE NECESITE APOYO PARA RESOLVER UN CASO EN CAMPO. EXPONER LA SITUACIÓN CLÍNICA DE FORMA CLARA Y PRECISA. RECIBIR ORIENTACIÓN EN TIEMPO REAL (TELEASISTENCIA) PARA APOYAR EL MANEJO DEL CASO. APLICAR LAS RECOMENDACIONES DADAS Y REGISTRARLAS EN LA ATENCIÓN
- 9 VALORAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE DEL HOGAR (SIGNOS, SÍNTOMAS, ENFERMEDADES, FACTORES DE RIESGO). ANALIZAR EL CONTEXTO FAMILIAR (ACCESO A SERVICIOS, APOYO SOCIAL, CONDICIONES DEL ENTORNO). CLASIFICAR LA PRIORIDAD DEL HOGAR COMO ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LA GRAVEDAD Y URGENCIA DE LAS NECESIDADES. REGISTRAR LA PRIORIDAD PARA PLANEAR EL SEGUIMIENTO Y LAS INTERVENCIONES NECESARIAS.
- 10 ATENCIÓN A POBLACIÓN PRIORIZADA: EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A UNA POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SE DEBE PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA EN LA CUAL EL USUARIO ESTÉ PRESENTE Y RECIBA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO.

**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° 9494682927	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	\$ 187.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	\$ 240.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	\$ 36.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 464.200

**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, 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>	 <i>LINA MARCELA TORRES NORIEGA</i> <i>PS_5879_2025_2F0ABC</i> <hr/> <b>LINA MARCELA TORRES NORIEGA</b> <b>CC: 1000989040</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_5879_2025_2F0ABC</i> <hr/> <b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>