

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA		CC:	1026572828	
CORREO ELECTRÓNICO:	adrianacorrealv@gmail.com		TELÉFONO:	3243449849	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 20 63C 72		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000800121196

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7267 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.500.024
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/29	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA
PS_7267_2025_DC30EC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA

CC: 1026572828

CEL: 3243449849

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

ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA

CON C.C N°

1.026.572.828

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 7267 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/29
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.000.026	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.500.050	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) 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)

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 REALIZA LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD - EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
2	SE PARTICIPA EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL
3	SE VERIFICA QUE LA PERSONA A VALORAR ESTÁ PREVIAMENTE CARACTERIZADA POR AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL
4	SE REALIZA VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD POR CURSO DE CURSO DE VIDA (PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN).
5	SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL DURANTE LA VALORACIÓN POR CURSO DE VIDA
6	SE IDENTIFICAN OPORTUNAMENTE LOS FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO Y REALIZAR LA VALORACIÓN Y TAMIZAJES QUE SE REQUIERAN.
7	SE IDENTIFICAN Y POTENCIAN CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD CON ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
8	SE REALIZAN LOS REGISTROS EN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
9	SE ORDENAN LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA RESPECTIVA.
10	SE IDENTIFICAN EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, Y SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE AL MISMO TIEMPO QUE SE NOTIFICA AL LÍDER OPERATIVO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
11	SE ASISTE A CAPACITACIONES, COMITÉS Y /O CONVOCATORIAS POR PARTE DE LÍDERES
12	SE REGISTRA LA INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS, APLICATIVOS, BASES DE DATOS Y FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO PREVISTOS Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
13	SE REALIZA EL USO LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADAS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, A EFECTOS DE NO COMPARTIRLAS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO Y HACER ENTREGA DE LAS MISMAS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO. AL IGUAL QUE LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO.
14	SE REALIZAN DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

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:	Nº 35383357	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/14	\$ 338.313
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	\$ 433.041
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/14	\$ 65.930
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 837.284

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>ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA</i> <i>PS_7267_2025_DC30EC</i></p> <hr/> <p>ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA CC: 1026572828</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_7267_2025_DC30EC</i></p> <hr/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---