

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YULISA ESTHER RODRIGUEZ LEDESMA			CC:	52434579
CORREO ELECTRÓNICO:	yuliro1077@gmail.com			TELÉFONO:	3192153420
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 D ESTE 36 61			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	261429971
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7728 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.847.832	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				



YULISA ESTHER RODRIGUEZ LEDESMA
PS_7728_2025_8EAC78

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YULISA ESTHER RODRIGUEZ LEDESMA
CC: 52434579
CEL: 3192153420

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YULISA ESTHER RODRIGUEZ LEDESMA

CON C.C N° 52.434.579

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 7728 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/17
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.250.004	No. HORAS EJECUTADAS	136
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.750.012	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.847.832
--	--------------	---	--------------

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	1. Verificación de frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), con el fin de definir el tipo de atención que le corresponde a cada usuario.
2	2. Garantizar la apertura de la historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y el aplicativo GTAPS de la SDS.
3	3. Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes y realizar periódicamente el debido seguimiento y cierre del caso en el aplicativo GTAPS de acuerdo a la prioridad del caso.
4	4. Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaria Distrital de Salud el esquema de vacunación del usuario. En caso de no encontrar registro completo de los biológicos, informar al profesional de PAI.
5	5. Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la atención en casa.
6	6. Diligenciar el formato de usuarios caracterizados con criterios de calidad, oportunidad y pertinencia
7	7. Asistir a capacitaciones, comités y/o convocatorias.
8	8. Realizar la valoración integral a usuarios al momento de la intervención, identificación de riesgos y derivación de los mismos
9	9. Realizar la notificación de eventos de interés de salud pública.
10	10. Agendamiento en tiempo real para atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), dando cumplimiento en la atención según la necesidad que evidencien en el usuario.
11	11. Las actividades se realizarán intramural, extramural y/o administrativas.
12	12. Realizar valoraciones integrales en las Jornadas de Salud.
13	13. Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024 y todas aquellas que adicionen o se realicen modificaciones.

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° 90906460	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

- 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 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	 YULISA ESTHER RODRIGUEZ LEDESMA PS_7728_2025_8EAC78 YULISA ESTHER RODRIGUEZ LEDESMA CC: 52434579
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7728_2025_8EAC78 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO