

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS		<b>NIT:</b>	700353664
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	YOSE.RODAS91@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3017919838
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	DG 21A SUR 20 24		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 455000131454

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5651 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 7.500.024
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/04/06	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS  
 PS\_5651\_2025\_FC2381

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS

**NIT: 700353664**

**CEL: 3017919838**

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

**YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS**

CON C.C N°

700.353.664

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5651 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/04/06</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 21.750.070	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 42.228.396	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 7.500.024
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	OCHO (8) MESES
--	----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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	VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS OBJETO DE INTERVENCIÓN. SE REALIZÓ CONSULTAS RESOLUTIVAS Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL,DIABETES MELLITUS TIPO 2, EPOC.CONSULTAS DE VALORACIÓN INTEGRALES POR CURSO DE VIDA CONSOLIDADAS EN DINÁMICA GERENCIAL
2	SE REALIZAR PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA,TRATAMEINTO FARMACOLOGICO Y NO FALMACOLOGICO
3	SE REALIZA HISTORIAS CLÍNICAS RESOLUTIVA O DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SU FORMATO CORRESPKINDIENTE EN DINÁMICA GENERENCIAL.
4	SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS,GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL, SE DA RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS
5	Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud
6	ASISTECIA COMITES Y CAPACITACIONES DESIGNADOS POR LA COORDINACION
7	DINAMICA GERENCIAL, APLICATIVO GTAPS, FICHAS NOTIFICACION EVENTOS EN SALUD PUIBLICA, FORMATO CANALIZACION SIRC

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9494684672	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	\$ 375.000

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	\$ 480.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	\$ 730.800
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 1.585.800</b>

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS</i> <i>PS_5651_2025_FC2381</i></p> <hr/> <p><b>YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS</b> <b>NIT: 700353664</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_5651_2025_FC2381</i></p> <hr/> <p><b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>