

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA CECILIA SANCHEZ VELANDIA		CC:	53068463	
CORREO ELECTRÓNICO:	LAFEYU22@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3187807199	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 126 30 65 ET 2 CA 60		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	652737334

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7336 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



LAURA CECILIA SANCHEZ VELANDIA
PS_7336_2025_E22344

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LAURA CECILIA SANCHEZ VELANDIA

CC: 53068463

CEL: 3187807199

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

LAURA CECILIA SANCHEZ VELANDIA

CON C.C N°

53.068.463

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7336 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.000.056	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.000.112	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOS (2) 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 REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
2	PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA.
3	VERIFICAR QUE LA PERSONA A VALORAR SE ENCUENTRE PREVIAMENTE CARACTERIZADA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL Y, EN LAS MODALIDADES EXTRAMURAL E INTRAMURAL, REALIZAR LA ATENCIÓN DE MANERA PERTINENTE, REGISTRANDO LA INFORMACIÓN EN DINÁMICA GERENCIAL SEGÚN LOS HALLAZGOS Y EL RIESGO DE CADA CASO, PREVIA FACTURACIÓN Y CARGUE DE LA AGENDA.
4	. SE REALIZARA LA VALORACIÓN INTEGRAL Y ATENCIÓN EN SALUD DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, ASÍ COMO ELABORAR Y CONCERTAR EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR.
5	SE ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN.
6	SE REGISTRA LA INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON EL INDIVIDUO Y SU FAMILIA EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL, DENTRO DE LOS TIEMPOS DETERMINADOS
7	SE REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE E INFORMAR AL GESTOR FAMILIAR Y/O A SU EQUIPO DE APOYO
8	SE IDENTIFICARAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO, ASÍ COMO LOS FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO.
9	SE IDENTIFICARA Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD CON ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.
10	. SE ESTABLECER COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO
11	SE REALIZAR LA PROGRAMACIÓN Y ATENCIÓN SEGÚN LA PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS, ASÍ COMO LA MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA), REGISTRANDO EL DESARROLLO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS. ASÍ MISMO, DEBERÁ REALIZAR LA ATENCIÓN Y REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN DE SALUD Y LA CLASIFICACIÓN CORRESPONDIENTE (TIPO 1, 2, 3 Y 4)
12	EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, DEBERÁ PROGRAMARSE UNA NUEVA VISITA EN LA QUE EL USUARIO SE ENCUENTRE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO SE PROGRAMA UNA NUEVA VISITA PARA ASI SER ATENDIDO

13	SE VERIFICARÁ QUE TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, DEBERÁ ORDENAR O CANALIZAR SEGÚN CORRESPONDA.
14	SE PRIORIZARAN LOS CASOS EN QUE SE IDENTIFIQUE POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO, DEBERÁ REMITIR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN CORRESPONDIENTE A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL SAT
15	NA
16	SE PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y/O ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y CONVOCATORIAS, Y REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS, JORNADAS Y COMITÉS A LOS CUALES SEA CONVOCADO, COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES
17	SE DILIGENCIAR LOS FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, ENVIAR LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AQUELLOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
18	SE OPERAR Y MANEJAR DE FORMA CORRECTA, ASÍ COMO RESPONDER POR EL CUIDADO Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO Y DEMÁS ELEMENTOS ASIGNADOS, RESPONDIENDO POR LA PÉRDIDA O DAÑO DE LOS MISMOS QUE CONSERVE BAJO SU CUIDADO O A LOS CUALES TENGA ACCESO PARA EL DESARROLLO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, REALIZANDO LA ENTREGA DE TODOS ESTOS AL FINALIZAR EL CONTRATO (ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL, EQUIPOS BIOMÉDICOS, OFIMÁTICOS, INSUMOS U OTROS QUE LE HAYAN SIDO ENTREGADOS).
19	SE REALIZAR EL USO DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, ABSTENIÉNDOSE DE COMPARTIRLOS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO, Y ENTREGARLOS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO JUNTO CON LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO
20	SE REALIZAR AN TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN.

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° 91511027	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/18	\$ 290.220
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/18	\$ 371.481
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 56.558
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 718.259

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 afiliación 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



LAURA CECILIA SANCHEZ VELANDIA

PS_7336_2025_E22344

LAURA CECILIA SANCHEZ VELANDIA

CC: 53068463

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_7336_2025_E22344

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO