

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA ASTRID RIVERA CHAPARRO	CC:	1032393480
CORREO ELECTRÓNICO:	adri.rivera19874@gmail.com	TELÉFONO:	3026315558
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 60 N SUR 2 A 54 SUR	CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7457 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.402.215
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/16 AL 2025/10/31		



ADRIANA ASTRID RIVERA CHAPARRO
PS_7457_2025_5B2AA0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA ASTRID RIVERA CHAPARRO
CC: 1032393480
CEL: 3026315558

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

ADRIANA ASTRID RIVERA CHAPARRO

CON C.C N°

1.032.393.480

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 7457 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/08
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.800.045	No. HORAS EJECUTADAS	135
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.800.045	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.402.215
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICUATRO (24) DIAS
--	------------------------

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	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD
2	2. Me apropié de la Resolución 3280 de 2018 comprendiendo su importancia en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Reconozco que esta norma busca fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS), garantizar la atención integral, continua y centrada en las personas, familias y comunidades, y orientar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Entendí además la relevancia de articular los equipos de salud, los diferentes niveles de atención y los sectores sociales para mejorar los resultados en salud y reducir las inequidades en la población
3	3. Me apropio de la Resolución 1499 de 2024 reconociendo que con este acto normativo el Ministerio de Salud yProtecciónSocial asigna recursos concretos para el fortalecimiento de la estrategia de AtenciónPrimariaenSalud (APS). En particular, dicha resolución dispone la conformación y operación de equipos básicos de salud al interior de ciertas EmpresasSocialesdelEstado (E.S.E.), priorizando territorios con mayores necesidades, con el propósito de garantizar el acceso, la continuidad y la integralidad de los servicios de salud. Asimismo, comprendo que los recursos asignados deben estar sujetos a los mecanismos de planeación, ejecución, reporte e información conforme a la normativa vigente, y que su destino específico es la mejora del nivel primario de atención para personas, familias y comunidades
4	4. Realice las adecuadas actas de apropiamiento de lineamientos y resoluciones
5	5. Participe en la inducción en notificación en epidemiología

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 (2025-10-16) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0

PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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, 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 ASTRID RIVERA CHAPARRO</i> <i>PS_7457_2025_5B2AA0</i></p> <hr/> <p>ADRIANA ASTRID RIVERA CHAPARRO CC: 1032393480</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_7457_2025_5B2AA0</i></p> <hr/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>