

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROLLY PINZON ANGARITA			CC:	1014277426
CORREO ELECTRÓNICO:	rollypinzon@gmail.com			TELÉFONO:	3103873138
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 63D 22 44			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	RAPPIPAY	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	178879947
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6300 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.500.024	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 ROLLY PINZON ANGARITA PS_6300_2025_60378D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ROLLY PINZON ANGARITA CC: 1014277426 CEL: 3103873138					

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

CON C.C N°1.014.277.426

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCI?N 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI?N SOCIAL
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6300 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$12.750.041	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$20.250.065	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

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	ASISTÍ A CAPACITACIONES DE INDUCCIÓN EQUIPOS BASICOS DE SALUD, RESOLUCIÓN 1499 - 2024, RESOLUCIÓN 3280 - 2018, USO DE DINAMICA GERENCIAL, APLICATIVO GITAPS.
2	ASISTÍ AL COMITE DE CUIDADO DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DONDE SE REALIZO RECONOCIMIENTO DEL EQUIPO.
3	SE IDENTIFICARÓN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO,EMOCIONAL Y SOCIAL DEL PACIENTE,DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA.REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINICIA ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.
4	SE REALIZÓ CONSULTAS RESOLUTIVAS Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL,DIABETES MELLITUS TIPO 2, EPOC.CONULTAS DE VALORACIÓN INTEGRALES POR CURSO DE VIDA CONSOLIDADAS EN DINÁMICA GERENCIAL.
5	SE REALIZO ANAMNESIS, TAMIZAJES DE RIESGO CARDIOMETABOLICO, ESCALAS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL,ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, VALE, VALORACIÓN NUTRICIONAL,CON CANALIZACIONES A LAS DIFERENTES RUTAS INTEGRALES DE SALUD, DESDE LA HISTORIA CLÍNICA.
6	SE BRINDO EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA PACIENTE.
7	SE REALIZO PLAN DE CUIDADO INDIVIDUA, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO.
8	SE REALIZO HISTORIAS CLÍNICAS RESOLUTIVA, DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE EN DINÁMICA GERENCIAL.
9	SE REALIZO GESTION DE CITAS MEDICAS SOLICITADAS DESDE DINAMICA GERENCIA.
10	LA POBLACIÓN VALORADA FUE TIPIFICADA SEGÚN SU RIESGO O ENFERMEDAD, EN TIPOLOGÍA 4, CON CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA COMO ALTA,EN TIPOLOGÍA 3,CON FAMILIA DE PRIORIDAD MEDIA,TIPOLOGÍA 1 Y 2, FAMILIA CON PRIORIDAD BAJA, SON PACIENTES QUE LLEVAN UN CONTROL REGULAR DE SALUD, CON ALGUNOS RIESGOS DENTRO DE LOS QUE SE ENCUENTRAN EL SOBREPESO Y MALOS HÁBITOS DIETÉTICOS.
11	SE REALIZO PRIORIZACIÓN A MUJERES GESTANTES, NINOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS,ADULTOS MAYORES,PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA,Y SUS CUIDADORES.
12	DURANTE EL MES EN EJECUCIÓN, SE ENTREGARON LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DINAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO Y CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO.
13	SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA,Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.

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° 7495427448	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/18	\$ 375.000	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 480.000	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 73.080	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 928.080	

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	 ROLLY PINZON ANGARITA PS_6300_2025_60378D ROLLY PINZON ANGARITA CC: 1014277426
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_6300_2025_60378D BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO