

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA		CC:	1013598334	
CORREO ELECTRÓNICO:	NMARENTESP1@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3124054597	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 61B SUR 18T 2		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870366145

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7454 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.260.900
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA
PS_7454_2025_0624EB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA

CC: 1013598334

CEL: 3124054597

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

NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA

CON C.C N°

1.013.598.334

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 7454 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/08
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.800.045	No. HORAS EJECUTADAS	100
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.800.101	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.260.900
---	---------------	--	--------------

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.ELABORAR Y CONCERTAR, EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR. |
| 2 | '2. ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN |
| 3 | REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD DEFINIDA POR LA SUBRED Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN |
| 4 | EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL GESTOR FAMILIAR Y/O SU EQUIPO DE APOYO. |
| 5 | IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO. |
| 6 | IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO. |
| 7 | IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD. |
| 8 | CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICAMENTE CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO. |
| 9 | ESTABLECER LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES. |
| 10 | EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SE DEBE PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA EN DONDE EL USUARIO ESTE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO. |
| 11 | VERIFICAR PARA TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR QUE HAYAN ACUDIDO A TODAS LAS ATENCIONES DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 EN EL CASO CONTRARIO, ORDENAR O CANALIZAR. |
| 12 | EN CASO DE IDENTIFICAR POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIOS DEBE REMITIR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN DE OFICIO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL (SAT). |
| 13 | ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN. |
| 14 | EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA EN CUALQUIERA DE SUS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL GRUPO BASE ASISTIRÁN A QUIEN LO NECESITE Y/O SOLICITARÁN APOYO AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS - CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA REMITIR A LA PERSONA A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE PUEDA ATENDERLO. |
| 15 | REALIZAR CANALIZACIÓN SIRC (PARA USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED). |
| 16 | REALIZAR VALORACIONES INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD. |
| 17 | REALIZAR DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD. |
| 18 | ASISTIR A COMITÉS DE SALUD. |

PRODUCTOS A ENTREGAR POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SISS, DILIGENCIADA, ORDENES MÉDICAS (EN EL CASO DE QUE EL USUARIO PERTENEZCA A PNA, CAPITAL SALUD U EAPB QUE TENGA CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), CANALIZACIÓN SIRC (PARA USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE NO

19	TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), BASE DE DATOS DEFINIDA PARA EL CONVENIO, FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR.
20	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.
21	. 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 modifiquen y adicione.

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° 9494860898	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/19	\$ 168.751
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/19	\$ 216.001
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	\$ 32.886
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 417.638

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	 NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA PS_7454_2025_0624EB <hr/> NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA CC: 1013598334
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7454_2025_0624EB <hr/> BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO