

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL ESTEBAN LOZANO FLOREZ			CC:	1013631735
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELLOZANOPROD@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3046262721
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 2 17 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	458270062748
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7572 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.999.896	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 DANIEL ESTEBAN LOZANO FLOREZ PS_7572_2025_B58F34 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANIEL ESTEBAN LOZANO FLOREZ CC: 1013631735 CEL: 3046262721					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DANIEL ESTEBAN LOZANO FLOREZ

CON C.C N° 1.013.631.735

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO 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 7572 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/10/10

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 1.466.590 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 3.466.486 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.999.896

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
- RECIBIR EL MAPA DEL SECTOR CATASTRAL ENVIADO POR PARTE DEL GEOGRAFO PARA RECONOCER EL TERRITORIO Y HACER LA AVANZADA EL DIA DE LA TOMA, GUIAR A LOS EQUIPOS Y TOMAR DATOS COMO MANZANAS Y PREDIOS VISITADOS, IDENTIFICANDO FACTORES EN EL AMBITO AMBIENTAL, SOCIAL Y SEGURIDAD.
- 2
- A TRAVES DEL ENLACE DE LA ENTIDAD CAPITAL SALUD SE CAPTO LA INFORMACION PARA GESTIONAR AFILIACIONES DE LOS USUARIOS SIN EPS
- 3
- SE REALIZO SOCIALIZACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS CON LIDERES SOCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD A TRAVES DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD.
- 4
- A TRAVES DEL DRIVE DE DIRECTORIOS TELEFONICOS DE LIDERES DE LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRALES SE LE INFORMAN DE LAS ACTIVIDADES CON ANTICIPACION PARA PODER LLEGAR A LOS HOGARES CON MAS CONFIANZA.
- 5
- SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL COMITÉ DE VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA (COVECOM) SE PARTICIPO EN EL COMITE MENSUAL DEL EQUIPO BASICO EN SALUD.
- 6
- DRIVE CON DATOS DE ACTORES Y ENTIDADES DE LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRALES
- 7
- SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL RUTEO DE USUARIOS EN LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRATALES
- 8
- SE REALIZO BUSQUEDA DE USUARIOS EN EL MICOTERRITORIO A TRAVES DEL RUTEO Y MAPAS, Y TELEFONOS.
- 9
- SE REALIZO ACTAS DE LAS DIFERENTES TOMAS TERRITORIALES, ACTAS CON LIDERES COMUNITARIOS, ACTAS CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y CON VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
- 10
- SE ELABORA INFORME EN ESTRATEGIA PRIMARIA EN SALUD
- 11
- SOCIALIZACION DE LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS A 50 FAMILIAS
- 12
- SE ENTREGA MENSUALMENTE UN INFORME CON SOPORTES FÍSICOS Y FORMATOS DILIGENCIADOS.
- 13
- SE ELABORA Y ENTREGA EL INFORME FINAL DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.
- 14
- SE ASESORA A LOS USUARIOS CON INCONVENIENTES ADMINISTRATIVOS O ASISTENCIALES PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 15
- SE INFORMA, ORIENTA Y ACOMPAÑA AL PACIENTE O FAMILIAR CUANDO SEA NECESARIO.
- 16
- SE INFORMA A LOS PACIENTES SOBRE SU ATENCIÓN, COPAGOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS.
- 17
- SE DIRECCIONA AL SIAU A LOS USUARIOS QUE PRESENTAN INCONFORMIDADES.
- 18
- SE INFORMA A LOS USUARIOS SOBRE EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, HORARIOS, SEDES Y CANALES DE COMUNICACIÓN.
- 19
- SE INTERMEDIA Y UBICA A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN APOYO.
- 20
- SE VALIDA LA AFILIACIÓN EN ADRES Y LA CLASIFICACIÓN EN SISBÉN, REALIZANDO EL DIRECCIONAMIENTO CORRESPONDIENTE.
- 21
- SE REALIZA REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LAS ACTIVIDADES CON FECHA, LOCALIDAD, BARRIO Y TIPO DE ACTIVIDAD.
- 22
- SE EJECUTAN ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y ADMINISTRATIVAS.
- 23
- SE ATIENDE EMERGENCIAS, SE ACTIVA LA LÍNEA 123 Y SE ACOMPAÑA AL PACIENTE HASTA LA LLEGADA DEL EQUIPO DE RESPUESTA, REGISTRANDO TODO EN ACTA EN CASO DE SER NECESARIO
- 24
- SE APOYA EN LAS JORNADAS DE SALUD.
- 25
- SE ASISTE A CAPACITACIONES, COMITÉS Y CONVOCATORIAS.

26	SE ENTREGAN SOPORTES DE CURSOS, JORNADAS Y CAPACITACIONES.		
27	SE DILIGENCIAN FORMATOS FÍSICOS O DIGITALES EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.		
28	SE ENVÍAN SOPORTES DE ACTIVIDADES, SEGURIDAD SOCIAL Y DEMÁS DOCUMENTOS EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.		
29	SE USA Y CUIDA ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS ASIGNADOS, RESPONDIENDO POR SU PÉRDIDA O DAÑO.		
30	SE ENTREGAN TODOS LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES RECIBIDOS AL FINALIZAR EL CONTRATO.		
31	SE USA EL USUARIO Y CONTRASEÑA CON RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, Y SE ENTREGA AL TERMINAR EL CONTRATO.		
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° 1077347590	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/18	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/18	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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		 DANIEL ESTEBAN LOZANO FLOREZ PS_7572_2025_B58F34 DANIEL ESTEBAN LOZANO FLOREZ CC: 1013631735	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7572_2025_B58F34 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO	