

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	BLANCA YANETH PRIETO PRIETO		CC:	51797513	
CORREO ELECTRÓNICO:	YANETHPRIETOPRIETO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3124474407	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 21 39A 22 P1 AP 102		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	002100081013

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7795 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.749.920
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/22	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



BLANCA YANETH PRIETO PRIETO
PS_7795_2025_C09EB4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BLANCA YANETH PRIETO PRIETO

CC: 51797513

CEL: 3124474407

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

BLANCA YANETH PRIETO PRIETO

CON C.C N°

51.797.513

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 7795 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/10/22

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

1.249.973

No. HORAS EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

4.999.893

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

3.749.920

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

REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD, LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y PROTOCOLOS VIGENTES RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN), ASÍ COMO DE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES APLICABLES A SU PERFIL PROFESIONAL

2

PARTICIPE EN LAS CAPACITACIONES, INDUCCIONES Y PROCESOS DE ACTUALIZACIÓN REQUERIDOS PARA EL ADECUADO CUMPLIMIENTO DE SUS FUNCIONES Y EL FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

3

VERIFIQUE QUE LA PERSONA A VALORAR ESTÉ PREVIAMENTE CARACTERIZADA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL Y QUE, EN LAS MODALIDADES EXTRAMURAL E INTRAMURAL, SE ENCUENTRE FACTURADA Y CARGADA EN LA AGENDA.

4

DESARROLLE VALORACIONES OCUPACIONALES, INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS VIGENTES.

5

DISEÑE, IMPLEMENTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS ENFOCADAS EN MEJORAR LAS HABILIDADES MOTORAS, COGNITIVAS, SENSORIALES, PSICOSOCIALES Y DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

6

GARANTICE LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA INCLUSIÓN SOCIAL, AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS USUARIOS EN LOS DIFERENTES ENTORNOS (FAMILIAR, EDUCATIVO, COMUNITARIO Y LABORAL).

7

REALICE EL REGISTRO OPORTUNO, COMPLETO Y VERAZ DE LAS VALORACIONES, INTERVENCIONES Y SEGUIMIENTOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y TERRITORIALES DEFINIDOS (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y OTROS QUE SE REQUIERAN)

8

CANALICE OPORTUNAMENTE A LOS USUARIOS QUE REQUIERAN ATENCIÓN COMPLEMENTARIA O DE MAYOR COMPLEJIDAD, DE ACUERDO CON LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD Y LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES.

9

PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL, COMUNITARIA Y DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, APORTANDO DESDE SU ROL PROFESIONAL A LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DEL ENTORNO CUIDADOR Y DEL BIENESTAR INTEGRAL DE LA POBLACIÓN.

10

PRESENTE INFORMES DE GESTIÓN E INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

11

CUMPLI CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, ÉTICA PROFESIONAL Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES.

12

NO APLICA PARA ESTE MES

13

ASISTI A CAPACITACIONES, COMITÉS Y CONVOCATORIAS PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.

14

ENTREGUE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS, JORNADAS O COMITÉS EN LOS CUALES PARTICIPE COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES.

15

REALICE EL USO DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADAS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, EVITANDO COMPARTIRLAS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO, Y EFECTUAR LA ENTREGA DE LAS MISMAS AL TÉRMINO DEL CONTRATO, JUNTO CON LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO.

16	NO APLICA PARA ESTE MES YA QUE NO TENGO APLICATIVO AUN
17	REALICE EL ENVÍO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DENTRO DE LOS TIEMPOS DEFINIDOS.
18	HE DADO BUEN USO A LOS INSUMOS INSTITUCIONALES PROPORCIONADOS COMO CHAQUETA Y CARNET
19	REALICE TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y 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° 1077310542	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/17	\$ 47.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/17	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/17	\$ 9.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 56.800



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	 BLANCA YANETH PRIETO PRIETO PS_7795_2025_C09EB4 <hr/> BLANCA YANETH PRIETO PRIETO CC: 51797513
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7795_2025_C09EB4 <hr/> BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO