

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ROQUE DE JESUS LONDOÑO MONTEALEGRE		CC:	11221385	
CORREO ELECTRÓNICO:	roquemontealegre01@gmail.com		TELÉFONO:	3107197393	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 77A 88 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000570099705

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7295 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



ROQUE DE JESUS LONDOÑO MONTEALEGRE
PS_7295_2025_E9DA68

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ROQUE DE JESUS LONDOÑO MONTEALEGRE

CC: 11221385

CEL: 3107197393

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ROQUE DE JESUS LONDOÑO MONTEALEGRE

CON C.C N° **11.221.385**

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 7295 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.000.056	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.000.112	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
---	---------------	--	--------------

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 | CONOCER Y APLICAR LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DE 2024 Y SUS POSTERIORES MODIFICACIONES. |
| 2 | ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS NECESARIOS PARA EL REGISTRO DE INTERVENCIONES, COMO GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA. |
| 3 | VERIFICAR QUE EL USUARIO ESTÉ PREVIAMENTE CARACTERIZADO POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GTAPS (MODALIDAD EXTRAMURAL) Y REALIZAR LA ATENCIÓN ADECUADA, REGISTRANDO LA INFORMACIÓN EN DINÁMICA GERENCIAL ANTES DE LA FACTURACIÓN Y CARGA DE AGENDA. |
| 4 | REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO CON EL CURSO DE VIDA ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, ASÍ COMO CONSTRUIR Y ACORDAR EL PLAN DE CUIDADO CON CADA HOGAR. |
| 5 | ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL INFORME DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES, UTILIZANDO LA HERRAMIENTA DESTINADA PARA TAL FIN. |
| 6 | REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LAS BASES DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y COMPLETAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS, CUMPLIENDO LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL. |
| 7 | REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE E INFORMAR AL GESTOR FAMILIAR O AL EQUIPO DE APOYO. |
| 8 | IDENTIFICAR CAMBIOS RELEVANTES EN EL DESARROLLO DE LOS USUARIOS Y DETECTAR FACTORES DE RIESGO PARA PREVENIRLOS O REMITIRLOS OPORTUNAMENTE. |
| 9 | FOMENTAR Y FORTALECER CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS QUE PROMUEVAN EL CUIDADO DE LA SALUD MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN. |
| 10 | ESTABLECER COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED PARA RECIBIR TELEASISTENCIA Y FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DEL EQUIPO EN CAMPO. |
| 11 | PROGRAMAR Y REALIZAR LAS ATENCIONES SEGÚN LA PERIODICIDAD DEFINIDA, YA SEA PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR; ASIMISMO, REGISTRAR LAS ATENCIONES EN GTAPS SEGÚN LA CONDICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CADA INTEGRANTE |
| 12 | VERIFICAR QUE TODOS LOS USUARIOS VALORADOS HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, DE NO SER ASÍ, GESTIONAR O REMITIR LO CORRESPONDIENTE. |
| 13 | BRINDAR ASISTENCIA INMEDIATA, ACTIVAR LA LÍNEA 123, COORDINAR CON EL CRUE LA REMISIÓN DEL CASO Y PERMANECER CON LA PERSONA HASTA LA LLEGADA DEL EQUIPO DE RESPUESTA, REGISTRANDO EL TIEMPO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA SU VALIDACIÓN. |
| 14 | PARTICIPAR EN ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y JORNADAS, Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y CERTIFICACIONES CORRESPONDIENTES. |
| 15 | DILIGENCIAR LOS FORMATOS EN FÍSICO O DIGITAL EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, Y REMITIR LOS SOPORTES DE ACTIVIDADES, SEGURIDAD SOCIAL Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS. |
| 16 | USAR, CUIDAR Y RESPONDER POR LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS ASIGNADOS (BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO, IDENTIFICACIÓN, ENTRE OTROS) Y ENTREGARLOS EN BUEN ESTADO AL FINALIZAR EL CONTRATO. |

17	UTILIZAR LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS DE MANERA CONFIDENCIAL, EVITANDO COMPARTIRLOS, Y ENTREGARLOS JUNTO CON LOS SOPORTES DE EJECUCIÓN AL TERMINAR EL CONTRATO.
18	CUMPLIR TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1499 DE 2024 Y SUS MODIFICACIONES.

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° 9494774479	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/18	\$ 300.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 384.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 58.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 742.500

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 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	 <p><i>ROQUE DE JESUS LONDOÑO MONTEALEGRE</i> PS_7295_2025_E9DA68</p> <p>ROQUE DE JESUS LONDOÑO MONTEALEGRE CC: 11221385</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> PS_7295_2025_E9DA68</p> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>