

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>KAREN MICHELLE PACHON MELO</b>		<b>CC:</b>	<b>1065850832</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>MICHELLE140214@HOTMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3046160881</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>KR 26 BIS 76 78 SUR</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCOLOMBIA</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>20300003242</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 6091 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 2.500.008</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/08/01</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2025/11/30</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30</b>		



*KAREN MICHELLE PACHON MELO*  
*PS\_6091\_2025\_922253*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**KAREN MICHELLE PACHON MELO**

**CC: 1065850832**

**CEL: 3046160881**

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

**KAREN MICHELLE PACHON MELO**

**CON C.C N°**

**1.065.850.832**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 6091 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/08/01</b>
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.500.008	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 10.000.032	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.500.008
<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO (4) MESES		

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

**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	Durante las visitas de caracterización familiar en el barrio El Progreso, se realiza la verificación de la frecuencia de uso de los servicios de salud de cada integrante del hogar, siguiendo el esquema establecido en el Lineamiento Técnico y Operativo de la RPMS (Resolución 3280 de 2018). Esta revisión permite identificar el tipo de atención que corresponde a cada usuario y orientar las intervenciones de acuerdo con su riesgo y necesidades.
2	Se garantiza la apertura de la historia clínica para los usuarios caracterizados en el barrio El Progreso, asegurando el acceso oportuno del profesional de salud responsable. Este profesional registra la atención en el sistema institucional, dejando consignada la información clínica obtenida durante la visita domiciliaria.
3	Una vez realizada la atención, se revisa que el registro de la intervención haya sido correctamente diligenciado en el sistema de historia clínica. Posteriormente, se efectúa el cierre del proceso según los protocolos establecidos para las atenciones domiciliarias realizadas en el territorio.
4	Se realiza contacto telefónico con los usuarios o cuidadores con el objetivo de verificar información de ubicación, confirmar la dirección y comunicar la fecha programada para la visita domiciliaria. Esta acción facilita el acceso, reduce pérdidas de visita y garantiza la organización adecuada del proceso en el barrio El Progreso.
5	El auxiliar de enfermería lleva un registro diario detallado de los usuarios y familias caracterizadas en el barrio El Progreso, consignando la información requerida para el proceso, incluyendo identificación del hogar, datos sociodemográficos, hallazgos relevantes y necesidades detectadas durante la visita.
6	Se participa en los comités de cuidado presentando los casos identificados en las visitas de caracterización realizadas en el barrio El Progreso. En estos espacios se analizan riesgos, se definen acciones de seguimiento y se articulan intervenciones con el equipo interdisciplinario.
7	Se llevan a cabo todas las actividades adicionales asignadas por el supervisor del convenio EBS del Ministerio de Salud y Protección Social, según la Resolución 1499 del 26 de agosto de 2024. Estas acciones complementan el trabajo comunitario y fortalecen la intervención integral en las familias del barrio El Progreso.

**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° 1076421119	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/15	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

**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**



*KAREN MICHELLE PACHON MELO*

*PS\_6091\_2025\_922253*

**KAREN MICHELLE PACHON MELO**

**CC: 1065850832**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_6091\_2025\_922253*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**