

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARRIE GISSETTE TORRES TORRES			CC:	1070920905
CORREO ELECTRÓNICO:	carito22061@hotmail.com			TELÉFONO:	3118420499
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 4 BIS 15 19			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	468100021343
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5887 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 11.967.860	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 CARRIE GISSETTE TORRES TORRES PS_5887_2025_2782D9 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARRIE GISSETTE TORRES TORRES CC: 1070920905 CEL: 3118420499					

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

CON C.C N° 1.070.920.905

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5887 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/08
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 32.313.222	No. HORAS EJECUTADAS	124
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 67.466.077	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 11.967.860
--	---------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ

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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi especialidad.
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
3	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	Participe en la programación de actividades del área.
5	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	Realice resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	Notifique los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
8	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
11	Practique el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
12	REALICE 124 HORAS CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA UMHES SANTA CLARA. PROMEDIO 450 CONSULTAS PROGRAMA ANTICOAGULACION.

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° 9494630116	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/11/11	\$ 726.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/11	\$ 988.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/11	\$ 141.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.856.900
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	 CARRIE GISSETTE TORRES TORRES PS_5887_2025_2782D9 CARRIE GISSETTE TORRES TORRES CC: 1070920905		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ PS_5887_2025_2782D9 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		