

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MERY CRUZ JIMENEZ		CC:	52286476	
CORREO ELECTRÓNICO:	LUZMERY5227@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3118036949	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 34 ESTE 14 00		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	62429214209

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5704 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



LUZ MERY CRUZ JIMENEZ
PS_5704_2025_C0603D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUZ MERY CRUZ JIMENEZ

CC: 52286476

CEL: 3118036949

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

LUZ MERY CRUZ JIMENEZ

CON C.C N°

52.286.476

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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 SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5704 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/06/10

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 6.750.022 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 13.967.436 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.500.008

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: 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	Se revisó el cumplimiento del esquema de intervenciones y atenciones individuales en salud, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280 de 2018), con el propósito de definir el tipo de atención correspondiente a cada usuario se realiza 100 caracterizaciones en la localidad de San cristobal
2	Se garantizó la apertura de la historia clínica en el aplicativo gtaps y se brindó acceso al profesional de la salud correspondiente, quien registró la atención médica en el sistema de información habilitado para tal fin.
3	Se verificó el adecuado registro de las atenciones en el aplicativo gtaps y se procedió al cierre formal del proceso.
4	Se realizó la verificación de antecedentes de vacunación en el aplicativo PAI Web 2.0 de la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de determinar los biológicos a aplicar. En caso de no encontrarse registros, se orientó la aplicación de los biológicos con base en la información suministrada por el familiar.
5	Se efectuó comunicación telefónica con usuarios o cuidadores para confirmar datos de ubicación e informar sobre la programación de la atención domiciliaria.
6	El auxiliar de enfermería llevó un control diario de los usuarios caracterizados en el aplicativo del gtaps, consignando la información correspondiente al proceso.
7	Se asistió activamente a los comités de cuidado, aportando en el seguimiento y planificación de estrategias de atención.
8	Se realizaron las actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual, asignadas por el supervisor del contrato en el marco del convenio EBS del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la Resolución 1499 del 26 de agosto de 2024.

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° 90403918 **OPERADOR:** MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/17	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/17	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/17	\$ 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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>LUZ MERY CRUZ JIMENEZ</i> <i>PS_5704_2025_C0603D</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>LUZ MERY CRUZ JIMENEZ CC: 52286476</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_5704_2025_C0603D</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>