

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	BRAYHAN GUIOVANNI GARCIA CRUZ		CC:	1193422836	
CORREO ELECTRÓNICO:	brayangarcia72000@gmail.com		TELÉFONO:	3106797137	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 34 ESTE 14 00		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91267196147

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6287 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.999.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



BRAYHAN GUIOVANNI GARCIA CRUZ
PS_6287_2025_EF355D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BRAYHAN GUIOVANNI GARCIA CRUZ

CC: 1193422836

CEL: 3106797137

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

BRAYHAN GUIOVANNI GARCIA CRUZ

CON C.C N°

1.193.422.836

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO 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 DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 6287 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/09/10

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

3.399.823

No. HORAS EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

5.399.719

VALOR DE HONORARIOS

\$

1.999.896

PERÍODO A CERTIFICAR:

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) 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	Revisión y análisis de la Resolución 1499 y normativas asociadas para la implementación de los Equipos Básicos de Salud, cumpliendo con los requerimientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
2	Realización de actividades de mapeo y cartografía social en los territorios asignados, con la identificación de microterritorios y comunidades de primer contacto.
3	Coordinación y organización de los territorios a intervenir, asegurando la preparación para las actividades de salud.
4	Establecimiento de contacto con líderes comunitarios y actores interinstitucionales para gestionar la intervención en las zonas asignadas.
5	Gestión y seguimiento de las órdenes médicas y de salud generadas por los profesionales del equipo básico de salud.
6	Realización del primer contacto en los microterritorios para informar a la comunidad sobre las actividades a desarrollar según la planeación definida.
7	Implementación de acciones de comunicación, utilizando la página web institucional, redes sociales y grupos de WhatsApp para informar a la comunidad sobre las actividades del equipo de salud.
8	Convocatoria y ejecución de espacios de participación social en cada microterritorio, con el acompañamiento y seguimiento a los procesos de la comunidad.
9	Digitalización y registro de los formatos manuales utilizados en las actividades, en cumplimiento con las herramientas definidas por el Ministerio de Salud o la Subred.
10	Apoyo en la localización de las viviendas dentro de los territorios asignados para facilitar la intervención de los equipos de salud.
11	Identificación y seguimiento a hogares sin registro en los sistemas de salud, asegurando la inclusión de todos los hogares en el programa de salud.
12	Elaboración y entrega de informes mensuales, con los soportes físicos y el diligenciamiento completo de los formatos establecidos.
13	Realización del informe final que detalla el cumplimiento de la estrategia de atención primaria en salud, con los resultados obtenidos.
14	Asesoramiento y apoyo a los usuarios que presentaron inconvenientes administrativos o asistenciales para acceder a los servicios de salud.
15	Información y acompañamiento a pacientes o familiares que lo requirieron, facilitando la orientación sobre el proceso de atención en salud.
16	Redirección de usuarios con inconformidades hacia el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), gestionando sus inquietudes de acuerdo con los procedimientos establecidos.
17	Validación de la afiliación en salud y clasificación de los usuarios en el SISBÉN, realizando el respectivo direccionamiento a los programas sociales correspondientes.
18	Registro fotográfico de todas las actividades realizadas, incluyendo fechas, localidades y barrios, para la correcta documentación de las jornadas.
19	Actuación como primer respondedor ante emergencias en el territorio, solicitando apoyo y siguiendo los protocolos establecidos.
20	Participación y apoyo en la organización y ejecución de jornadas de salud, asegurando la atención de los usuarios en las actividades programadas.
21	Asistencia a las capacitaciones y comités establecidos en el marco del contrato, con la entrega de los soportes correspondientes.
22	Diligenciamiento de todos los formatos establecidos, tanto en medio físico como magnético, y envío de los soportes para el pago de seguridad social y otros procesos administrativos.
23	Responsabilidad en el cuidado y uso adecuado de los equipos e insumos asignados, garantizando su conservación y buen uso durante la ejecución del contrato.

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° 90403728	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/15	\$ 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 afiliacion 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	 <i>BRAYHAN GUIOVANNI GARCIA CRUZ</i> <i>PS_6287_2025_EF355D</i> <hr/> BRAYHAN GUIOVANNI GARCIA CRUZ CC: 1193422836
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_6287_2025_EF355D</i> <hr/> BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---