

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA		CC:	53117395	
CORREO ELECTRÓNICO:	ROMEROPATRICIAA777@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3105880262	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14B SUR 78 29		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488402168204

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7274 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/29	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA

PS_7274_2025_772CE6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA

CC: 53117395

CEL: 3105880262

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

BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA

CON C.C N°

53.117.395

OBJETO DEL CONTRATO: 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. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 7274 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/09/29

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.666.675 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 5.166.683 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.500.008

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	SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD. BASADO EN RESOLUCION 3280/2018 INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD DEFINIDAS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ACUERDO CON EL CICLO DE VIDA DEL USUARIO (NIÑEZ, ADOLESCENCIA, ADULTEZ, VEJEZ).
2	REGISTRO DE ATENCIONES EN EL APLICATIVO GTAPS Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE USUARIOS ATENDIDOS EN TERRITORIO
3	ESTABLECER LA PRIORIDAD FAMILIAR, INDIVIDUAL, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS EN GTAPS, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS)
4	REALIZAR NOTIFICACION A LIDER OPERTIVO DE VACUNACION PARA CONFIRMAR EL ESQUEMA Y REALIZAR LA GESTION PERTINENTE PARA GARANTIZAR QUE EL PACIENTE TENGA SU ESQUEMA COMPLETO
5	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO PLANILLA DE FIRMAS EL CUAL DEBE ESTA COMPLETO CON LOS DATOS BASICOS COMO ENCABEZADO, ZONA, LOCALIDAD, UPZ BARRIO, SECTOR CATRALSTAL

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° 9495023048	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/21	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/21	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/21	\$ 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 ibr 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



BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA

PS_7274_2025_772CE6

BLANCA PATRICIA ROMERO ARTUNDUAGA

CC: 53117395

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_7274_2025_772CE6

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO