

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE LORENA TORRES PULIDO		CC:	1013626010	
CORREO ELECTRÓNICO:	atorrespull@gmail.com		TELÉFONO:	3025234844	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 38 31 118		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	98623276

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5641 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.304.352
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



ANGIE LORENA TORRES PULIDO
PS_5641_2025_C6C267

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANGIE LORENA TORRES PULIDO

CC: 1013626010

CEL: 3025234844

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

ANGIE LORENA TORRES PULIDO

CON C.C.N° 1.013.626.010

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. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5641 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/06
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.250.023	No. HORAS EJECUTADAS	96
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.048.958	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.304.352
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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 ASISTENCIA A COMITÉS DE CUIDADO Y CAPACITACIÓN
2	SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIÓNES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO
3	SE REALIZA INDAGACIÓN DE DATOS PERSONALES, FAMILIARES, SOCIOECONÓMICOS, GEOGRÁFICOS CON EL FIN DE VERIFICAR FACTORES DE RIESGO EN SALUD.
4	DURANTE EL MES DE AGOSTO REALIZA LA CARACTERIZACIÓN EN EL SECTOR CATASTRAL DE EL PARAISO Y SE DERIVAN A PERFILES SEGÚN PRIORIDAD O PATOLOGÍA
5	SE REALIZA CONSULTA EN APLICATIVO ADRES PARA VERIFICAR EL EAPB Y SU RÉGIMEN CON EL FIN DE CONFIRMAR EAPB PARA DERIVACIÓN A PROFESIONALES
6	SE SOLICITA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS USUARIOS PARA QUE EL PROFESIONAL PUEDA ESTABLECER UNA UBICACIÓN Y FECHA PARA ACORDAR LA ATENCIÓN.
7	SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, TAMIZAJES PARA EVALUAR CONDICIONES FÍSICAS Y MENTALES DE LOS PACIENTES
8	VERIFICAR FACTORES DE RIESGO POBLACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR CATASTRAL VISITADO
9	SE REALIZA REGISTRO EN EL APLICATIVO GTAPS PARA EVALUAR Y NOTIFICAR ALERTAS, SIGNOS, COMPROMISOS REALIZADOS DURANTE LA VISITA Y TAMIZAJES

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° 90807665	OPERADOR:	MI PLANILLA
-------------------------	-------------	------------------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/15	\$ 179.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/15	\$ 229.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/15	\$ 35.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 444.400



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 calculó 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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>ANGIE LORENA TORRES PULIDO</i> PS_5641_2025_C6C267</p> <hr/> <p>ANGIE LORENA TORRES PULIDO CC: 1013626010</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> PS_5641_2025_C6C267</p> <hr/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>