

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ			CC:	52056701
CORREO ELECTRÓNICO:	sandrajcastellanos@gmail.com			TELÉFONO:	3118108552
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 25 #32A 90 INTERIOR 14 APTO 401			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	04270803984
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7353 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ PS_7353_2025_08525E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ CC: 52056701 CEL: 3118108552					

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

SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ

CON C.C N°

52.056.701

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A 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 7353 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.800.054	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.800.110	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
---	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	1 SE LLEVA A CABO LA REVISION PERIODICA DE LOS REGISTRO DE ATENCION DE LOS USUARIOS EN LA BASE DE DATOS INTERNA DEL CENTRO GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION Y ADAPTANDO LAS INTERVENCIONES ALAS NECESIDADES PARTICULARES DE LOS PACIENTES INTRAMURALES
2	IDENTIFICAR LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA (ALTA, MEDIA O BAJA) SEGÚN LAS CONDICIONES CLINICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, REALIZANDO SEGUIMIENTO PERIODICO Y CIERRE DEL CASO EN EL SISTEMA DEACUERDO CON LA PRIORIDAD ASIGNADA
3	REALIZAR CONTACTO TELEFONICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA RECORDARLES EL DIA Y HORA DE LA CITA ASIGNADA PARA CONSULTA EN EL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.
4	LLEVAR EL REGISTRO DE USUARIOS CARACTERIZADOS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE CRITRIOS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN LOS ESTANDARES.
5	ASISTIR A CAPACITACIONES DE LA RUTA INTEGRAL DE LA SALUD, COMITES Y/O CONVOCATORIAS
6	REALIZAR NOTIFICACION D EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA SIVIGILA.
7	AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCION 3280-2018) DANDO CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION SEGÚN LA NECESIDAD QUE EVIDENCIEN EN EL USUARIO

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° 8823624363	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SURA	2025/11/15	\$ 278.969
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/15	\$ 357.080
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/15	\$ 54.365
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 690.414
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	 SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ PS_7353_2025_08525E SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ CC: 52056701		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7353_2025_08525E BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		