

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS		NIT:	700353664	
CORREO ELECTRÓNICO:	YOSE.RODAS91@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3017919838	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 21A SUR 20 24		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	455000131454

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5651 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.500.024
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS
PS_5651_2025_7A36E5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS

NIT: 700353664

CEL: 3017919838

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

YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS

CON C.C N°

700.353.664

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 5651 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/06
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 21.750.070	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 57.228.444	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

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	VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS OBJETO DE INTERVENCIÓN.
2	SE REALIZO LOS REGISTROS EN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA MANUAL Y EN DINAMICA
3	SE CARGA LOS PACIENTE VISTO EN TERRENO AL FORMS Y GITAPPS
4	SE REALIZA EVOLUCION EN EL GITAPPS Y DINAMICA.
5	REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS
6	SE ESTABLECE LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS.
7	ASISTIR A TODOS LOS COMITE DEL CONVENIO 2025
8	REUNION DE PREAUDITORIA Y AUDITORIA DEL CONVENIO

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496486406	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/16	\$ 375.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/16	\$ 480.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/16	\$ 73.080
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 928.080

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



YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS

PS_5651_2025_7A36E5

YOSELIN CHANEY VELASCO RODAS

NIT: 700353664

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_5651_2025_7A36E5

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO