


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL		CC:	1014481579	
CORREO ELECTRÓNICO:	eimynataliamunozgil17@gmail.com		TELÉFONO:	3214677017	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 ESTE 54A 51 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488454058808

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6039 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/28	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		

 EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL
PS_6039_2025_4F38DE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL

CC: 1014481579

CEL: 3214677017

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

EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL

CON C.C N°

1.014.481.579

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 6039 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/28
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.833.342	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.652.224	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	Planificar y gestionar la agenda diaria de consultas, verificando el listado de pacientes programados, jornadas asignadas, profesional responsable, sala correspondiente y disponibilidad del espacio.
2	Verificar la historia clínica y documentos complementarios en el sistema para los pacientes remitidos, asegurando su relevancia y frecuencia de uso conforme a la Resolución 3280/2018.
3	Administrar y supervisar bases de datos generadas por atenciones realizadas por auxiliares extramurales, garantizando la calidad y consistencia de la información.
4	Validar identidad (derechos de atención) y aseguramiento a través de ADRES para los pacientes remitidos por auxiliares extramurales.
5	Programar citas extramurales según los perfiles profesionales de enfermería y medicina, ajustándose a las necesidades particulares de cada paciente.
6	Registrar detalladamente todas las gestiones realizadas durante el proceso de agendamiento en las bases de datos correspondientes.
7	Retroalimentar continuamente a los pacientes agendados a los profesionales responsables, usando las bases de datos habilitadas para tal fin.
8	Revisar las historias clínicas creadas conforme al agendamiento, verificando que se hayan derivado correctamente a los profesionales.
9	Participar en capacitaciones institucionales relacionadas con los procesos de registro, GTAPS y demás actividades inherentes al agendamiento.
10	Asistir y participar en comités de cuidado cuando se le convoque, dentro del marco de actividades administrativas.
11	Facturar y agendar en dinámica y verificación de evoluciones en dinámica.

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° 9495636589	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/18	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/18	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/18	\$ 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 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	 <p><i>EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL</i> <i>PS_6039_2025_4F38DE</i></p> <hr/> <p>EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL CC: 1014481579</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_6039_2025_4F38DE</i></p> <hr/> <p>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>