

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NUVIA GALINDO CAMACHO		CC:	52383075	
CORREO ELECTRÓNICO:	galindocamachonubia@gmail.com		TELÉFONO:	3144046514	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 46 59C 54 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91256411615

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5850 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



NUVIA GALINDO CAMACHO
PS_5850_2025_AC037C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NUVIA GALINDO CAMACHO

CC: 52383075

CEL: 3144046514

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

NUVIA GALINDO CAMACHO

CON C.C N°

52.383.075

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 5850 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/07/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

5.000.016

No. HORAS EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

17.500.056

VALOR DE HONORARIOS

\$

2.500.008

PERÍODO A CERTIFICAR:

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	IDENTIFICACIÓN DE LA ZONA CATASTRAL Y LA DIRECCIÓN DE LOS USUARIOS PARA EL ADECUADO AGENDAMIENTO, SE REALIZA UN MAPEO TERRITORIAL QUE FACILITA LA PROGRAMACIÓN ORGANIZADA DE LAS VISITAS O ATENCIONES DOMICILIARIAS POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD, OPTIMIZANDO LOS RECURSOS Y TIEMPOS DEL PROCESO ASISTENCIAL.
2	SE REALIZA CONTACTO TELEFÓNICO A LOS USUARIOS PARA INFORMAR SOBRE SUS CITAS MÉDICAS. DURANTE ESTE CONTACTO, SE CONFIRMA LA ASISTENCIA Y SE SOCIALIZA EL PROGRAMA, EXPLICANDO LAS ACTIVIDADES QUE REALIZARÁ EL PROFESIONAL DURANTE LA VISITA Y RESUELVE DUDAS, FOMENTANDO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL USUARIO EN SU PROCESO DE ATENCIÓN.
3	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS ATENCIONES PRESTADAS, VERIFICANDO SI LOS USUARIOS FUERON ATENDIDOS O VISITADOS, E IDENTIFICANDO POSIBLES BARRERAS O NECESIDADES ADICIONALES PARA FORTALECER EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL.
4	ORGANIZAR, DIGITALIZAR Y GESTIONAR LAS BASES DE DATOS, LAS CUALES SON FUNDAMENTALES PARA PROGRAMAR ADECUADAMENTE LAS CITAS MÉDICAS Y VISITAS DOMICILIARIAS
5	APOYAR AL EQUIPO BÁSICO EN LA UBICACIÓN DE LAS VIVIENDAS ASIGNADAS EN EL TERRITORIO A INTERVENIR.
6	ELABORAR Y ENTREGAR LOS INFORMES FINALES QUE SE REQUIERAN DENTRO DE LA ESTRATEGIA, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. POR SOLICITUD DE LA COORDINACIÓN, SE PRESENTA LA BASE DE DATOS CONSOLIDADA DE LAS TRIADAS, QUE REFLEJA LOS RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL PROCESO DE AGENDAMIENTO Y SEGUIMIENTO.
7	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024.
8	CUMPLIR CON OTRAS ACTIVIDADES DEFINIDAS DENTRO DEL OBJETO CONTRACTUAL Y ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS PUEDEN INCLUIR, POR EJEMPLO, LA ASISTENCIA A COMITÉS, JORNADAS DE FORMACIÓN O CAPACITACIONES, ACTIVIDADES QUE TAMBIÉN FORTALECEN EL COMPONENTE ORGANIZATIVO Y OPERATIVO DEL AGENDAMIENTO EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

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 sus 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° 82451719	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/17	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/17	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/17	\$ 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 ningún 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 align="center"> <i>NUVIA GALINDO CAMACHO</i> <i>PS_5850_2025_AC037C</i> </p> <hr/> <p align="center"> NUVIA GALINDO CAMACHO CC: 52383075 </p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p align="center"> <i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_5850_2025_AC037C</i> </p> <hr/> <p align="center"> LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO </p>