

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DINA LUZ BROCHERO PEDROZO			CC:	1140873865
CORREO ELECTRÓNICO:	dinapb49@hotmail.com			TELÉFONO:	3004415282
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 67 57V 09 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	545966496
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6266 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.500.024	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/12/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 DINA LUZ BROCHERO PEDROZO PS_6266_2025_987E26 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DINA LUZ BROCHERO PEDROZO CC: 1140873865 CEL: 3004415282					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DINA LUZ BROCHERO PEDROZO

CON C.C N° 1.140.873.865

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6266 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.750.041	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.769.133	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	Gestión de Registros y Protocolos Clínicos Se lleva a cabo la revisión periódica de los registros de atención de los usuarios en la base de datos interna del centro garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos por la Resolución y adaptando las intervenciones a las necesidades particulares de los pacientes extramurales.
2	Coordinación y Seguimiento de Citas Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador para recordarles reduciendo la tasa de inasistencia y optimizando la agenda de consulta
3	Priorización y Cierre de Casos Familiares Clasificar y priorizar la criticidad de los casos familiares (alta, media) mediante la evaluación integral de las condiciones clínicas de sus miembros.
4	Gestión y Caracterización de Usuarios Administrar y mantener el registro de usuarios caracterizados, asegurando el cumplimiento de los estándares de calidad, oportunidad y pertinencia en la información para la toma de decisiones.
5	Reporte y Consolidación de Atenciones procesar y cargar la información de atenciones profesionales en el aplicativo GTAPS para generar el reporte de gestión familiar. Garantizar la articulación de la información entre el equipo interdisciplinario y facilitar el seguimiento de las intervenciones individuales, asegurando la coherencia de los datos.
6	Vigilancia Epidemiológica y Notificación Ejecutar la notificación oportuna de Eventos de Interés en Salud Pública , al sistema SIVIGILA, priorizando los casos de notificación inmediata. Evaluar los riesgos y complicaciones de la población atendida para garantizar un abordaje epidemiológico eficaz y rápido
7	Valoración Integral en Jornadas de Salud ejecutar Valoraciones Integrales Médicas durante las jornadas de salud extramurales en las localidades de la Subred Centro Oriente, incluyendo San Cristóbal. Garantizar el abordaje de población con altas necesidades de salud, promoviendo la detección temprana y el acceso a servicios

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 82455052	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/17	\$ 375.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/17	\$ 480.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/17	\$ 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 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	 DINA LUZ BROCHERO PEDROZO PS_6266_2025_987E26 DINA LUZ BROCHERO PEDROZO CC: 1140873865		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_6266_2025_987E26 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PAGADO 17/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DINA LUZ BROCHERO PEDROZO		
Documento	CC1140873865	Dirección	CR 67 SUR #57 V - 09 RESERVA DE MADELENA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3000000
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	COR	VST	SN	IGE	LMA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1140873865	DINA LUZ BROCHERO PEDROZO	57	00																		0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 2.920.000	\$ 467.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 2.920.000	\$ 365.000	2.436	\$ 2.920.000	\$ 71.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 903.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.920.000	\$ 2.920.000	\$ 2.920.000	\$ 0	\$ 467.200	\$ 365.000	\$ 71.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 903.400	\$ 300	\$ 903.700

Página 1 de 1

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

