

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA MILENA ARBELAEZ ROJAS		CC:	52934033
CORREO ELECTRÓNICO:	SSANDRARBELAEZ1@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3103341330
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80 D 7 B 83 AP 1304 IN 5		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 004870375005

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7718 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



SANDRA MILENA ARBELAEZ ROJAS
 PS_7718_2025_049900

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SANDRA MILENA ARBELAEZ ROJAS

CC: 52934033

CEL: 3103341330

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

SANDRA MILENA ARBELAEZ ROJAS

CON C.C N°

52.934.033

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 7718 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/10/17

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

3.000.028

No. HORAS EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

17.608.860

VALOR DE HONORARIOS

\$ 6.000.056

PERÍODO A CERTIFICAR:

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

UNO (1) MESES Y VEINTE Y OCHO (28) DÍAS

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	1. EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
2	4. DEBERÁ REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL Y ATENCIÓN EN SALUD DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, ASÍ COMO ELABORAR Y CONCERTAR EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR.
3	6. DEBERÁ REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON EL INDIVIDUO Y SU FAMILIA EN LOS APPLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL, DENTRO DE LOS TIEMPOS DETERMINADOS
4	8. DEBERÁ IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO, ASÍ COMO LOS FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO
5	9. DEBERÁ IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD CON ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.
6	17. SERÁ TAMBIÉN SU OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LOS FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, ENVIAR LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AQUELLOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

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° 35564486	OPERADOR:	ASOPAGOS
------------------	-------------	-----------	----------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/12/09	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/09	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/09	\$ 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 calculó 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	 <p><i>SANDRA MILENA ARBELAEZ ROJAS</i> <i>PS_7718_2025_049900</i></p> <hr/> <p>SANDRA MILENA ARBELAEZ ROJAS CC: 52934033</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_7718_2025_049900</i></p> <hr/> <p>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>