

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LINA PAOLA CASTRO ROMERO | | CC: | 1000723267 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | castrolina681@gmail.com | | TELÉFONO: | 3204202511 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 18 70A 26 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 488428805151 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 6181 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.500.008 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/08/15 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/12/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31 | | |



LINA PAOLA CASTRO ROMERO
PS_6181_2025_8C78F9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LINA PAOLA CASTRO ROMERO

CC: 1000723267

CEL: 3204202511

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

LINA PAOLA CASTRO ROMERO

CON C.C N° 1.000.723.267

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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 SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 6181 2025 **FECHA INICIO CONTRATO 2025/08/15**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 1.416.671 **No. HORAS EJECUTADAS 184**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 13.478.304 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.500.008**

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) 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 y verificación de la evolución de historias clínicas que ya han sido facturadas, garantizando la correcta trazabilidad de los procesos clínicos y administrativos. |
| 2 | Verifica los laboratorios ordenados en la historia clínica de cada usuario, asegurando que correspondan a la indicación médica y se encuentren debidamente programados en el sistema. |
| 3 | Lleva a cabo la revisión de los medicamentos ordenados, validando que estén registrados con la frecuencia y dosificación correctas según lo prescrito por el profesional de salud. |
| 4 | poya en la verificación de la frecuencia de uso de medicamentos y laboratorios a tomar, con el fin de evitar duplicidades o inconsistencias en la atención del usuario. |
| 5 | Participa en procesos de actualización y capacitaciones relacionadas con el manejo de laboratorios, fortaleciendo las competencias técnicas para un mejor apoyo en la atención. |
| 6 | Se capacita de manera periódica en el manejo de los sistemas de información de laboratorio de la Subred, asegurando un registro oportuno y confiable. |
| 7 | Efectúa el seguimiento a los usuarios programados para procedimientos o toma de laboratorios, promoviendo el cumplimiento de las citas asignadas y la continuidad del tratamiento. |
| 8 | Apoya en la gestión previa para la toma de muestras de laboratorio en territorio, coordinando la logística necesaria para facilitar la atención extramural. |
| 9 | Realiza la verificación de la correcta preparación de los usuarios para la toma de muestras de laboratorio, garantizando la validez de los resultados obtenidos. |
| 10 | Participa en actividades de mejora continua y retroalimentación con el equipo interdisciplinario, aportando información valiosa sobre procesos de medicamentos y laboratorios que contribuyen al fortalecimiento de la calidad en la atención. |
| 11 | Asistencia a comités de salud |
| 12 | Facturación de laboratorios y solicitud de insumos |

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° 82262178 | OPERADOR: | ENLACE OPERATIVO |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/12/10 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/12/10 | \$ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/12/10 | \$ 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 style="text-align: center;"><i>LINA PAOLA CASTRO ROMERO</i> <i>PS_6181_2025_8C78F9</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">LINA PAOLA CASTRO ROMERO CC: 1000723267</p> |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO |  <p style="text-align: center;"><i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_6181_2025_8C78F9</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> |