

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MYRIAM MURCIA CRUZ		CC:	52210117	
CORREO ELECTRÓNICO:	GONZAMUI932@OUTLOOK.COM		TELÉFONO:	3232232344	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5 ESTE 36B 60 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480280497

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5773 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



MYRIAM MURCIA CRUZ
PS_5773_2025_362E61

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MYRIAM MURCIA CRUZ

CC: 52210117

CEL: 3232232344

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

MYRIAM MURCIA CRUZ

CON C.C N° 52.210.117

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 5773 2025 FECHA INICIO CONTRATO 2025/06/16

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 6.250.020 No. HORAS EJECUTADAS 184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 11.657.646 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: BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	Verificación de la frecuencia de uso según el esquema de intervenciones y atenciones en salud individuales definidas en el lineamiento técnico y operativo de la Resolución 3280-2018, con el objetivo de establecer el tipo de atención que corresponde a cada usuario atendido en el CAPS . Esta actividad se llevará a cabo mediante 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 intramurales.
2	Garantizar la apertura de la historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial, asegurando que la información de los usuarios atendidos en el CAPS sea registrada de acuerdo con los procedimientos internos del centro.
3	Establecer la prioridad de la familia (Alta, Media o Baja) según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes, realizando seguimiento periódico y cierre del caso en el sistema de acuerdo con la prioridad asignada.
4	Revisar el esquema de vacunación del usuario en el sistema PAI Web 2.0, realizando demanda inducida para el agendamiento y revisión de cada paciente. Además, se organizan jornadas de vacunación dentro del CAPS , asegurando la actualización y cobertura completa de los biológicos. En caso de encontrar registros incompletos, se informa al profesional de PAI para su corrección.
5	Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador para verificar datos de ubicación y recordarles el día y la hora de la cita asignada para consulta en el CAPS
6	Diligenciar el formato de usuarios caracterizados, garantizando el cumplimiento de los criterios de calidad, oportunidad y pertinencia según los estándares
7	Asistir a capacitaciones, comités y /o convocatorias.
8	Realizar valoración integral a los usuarios durante la intervención, identificando riesgos y derivando a los servicios correspondientes dentro del CAPS , según sea necesario.
9	Realizar notificación de eventos de interés de salud pública.
10	Agendamiento en tiempo real para atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), dando cumplimiento en la atención según la necesidad que evidencien en el usuario
11	Las actividades se realizarán intramuralmente.
12	Realizar valoraciones integrales durante las jornadas de salud organizadas en el CAPS , garantizando un abordaje completo de las necesidades de los usuarios.
13	Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024 y todas aquellas que adicionen o se realicen modificaciones

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8823310027	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/22	\$ 177.938
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/22	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/22	\$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.375


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>MYRIAM MURCIA CRUZ</i> <i>PS_5773_2025_362E61</i></p> <hr/> <p>MYRIAM MURCIA CRUZ CC: 52210117</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_5773_2025_362E61</i></p> <hr/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---