

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA		CC:	1026572828	
CORREO ELECTRÓNICO:	adrianacorrealv@gmail.com		TELÉFONO:	3243449849	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 20 63C 72		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000800121196

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3977 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.480.999
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/05 AL 2026/05/31		



ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA
PS_3977_2026_922D95

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA

CC: 1026572828

CEL: 3243449849

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

ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA

CON C.C N°

1.026.572.828

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3977 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/05
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.750.022	No. HORAS EJECUTADAS	159
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.250.046	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.480.999
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOS (2) 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)

- | 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 | REALICÉ LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS). |
| 2 | PARTICIPÉ DE MANERA INDELEGABLE EN CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS, COMITÉS CLÍNICOS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS DEFINIDAS POR LA SUBRED, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES. |
| 3 | APOYÉ TÉCNICA Y OPERATIVAMENTE LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS. |
| 4 | VERIFIQUÉ QUE LOS USUARIOS A INTERVENIR SE ENCUENTRARAN CARACTERIZADOS Y REALICÉ LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS EBS |
| 5 | REALICÉ LA VALORACIÓN MÉDICA INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ASIGNADA SEGÚN EL CURSO DE VIDA, IDENTIFICANDO, CLASIFICANDO Y PRIORIZANDO EL RIESGO EN SALUD, GARANTIZANDO LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN CONFORME AL NIVEL DE RIESGO IDENTIFICADO. |
| 6 | EJECUTÉ ATENCIONES MÉDICAS INDIVIDUALES CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CUMPLIENDO LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA AUTORIZADOS POR LAS EAPB, CON ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE DIAGNÓSTICOS CIE-10. |
| 7 | GARANTICÉ EL REGISTRO COMPLETO, OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA, INCLUYENDO ANAMNESIS, ANTECEDENTES, REVISIÓN POR SISTEMAS, EVALUACIÓN DE RIESGOS, EXAMEN FÍSICO, ANÁLISIS CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO, DE ACUERDO CON LAS COMPETENCIAS DEL PERFIL PROFESIONAL MÉDICO. |
| 8 | ELABORÉ, CONCERTÉ Y REGISTRÉ EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL Y FAMILIAR, DEFINIENDO RECOMENDACIONES, COMPROMISOS Y ACCIONES SEGÚN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y SOCIALES IDENTIFICADOS |
| 9 | VERIFIQUÉ EL CUMPLIMIENTO DE LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA DE LOS USUARIOS. |
| 10 | IDENTIFIQUÉ Y PRIORICÉ LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS FAMILIAS (ALTA, MEDIA O BAJA), CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EBS. |
| 11 | REALICÉ EL CONTROL Y SEGUIMIENTO CLÍNICO A LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE POR PRIORIZACIÓN EN SALUD, GARANTIZANDO LA ATENCIÓN OPORTUNA, EL REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA GENERACIÓN DE LOS SOPORTES CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS CORRESPONDIENTES, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, NORMATIVOS Y CONTRACTUALES VIGENTES |
| 12 | REALICÉ VALORACIONES MÉDICAS INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD NOCTURNA CON POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE PROGRAMADA POR LA SUBRED |
| 13 | ENTREGUÉ EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS LOS INFORMES, BASES DE DATOS Y SOPORTES REQUERIDOS, CON CRITERIOS DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD Y CALIDAD. |
| 14 | GARANTICÉ EL USO RESPONSABLE, CONFIDENCIAL Y RESERVADO DE LOS ACCESOS A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALES, REALIZANDO SU ENTREGA AL FINALIZAR EL CONTRATO |
| 15 | MEDIÉ LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL NECESARIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES EN TERRITORIO, EN COHERENCIA CON EL ENFOQUE DE 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 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 (2026-05-05) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0



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, 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	 <i>ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA</i> <i>PS_3977_2026_922D95</i> ADRIANA LUCIA CORREAL VILLALBA CC: 1026572828
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_3977_2026_922D95</i> LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO