

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|-----------|------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | NAREN DUBAN LOPEZ ROMERO | | CC: | 1023953715 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | duvanlopez17@hotmail.es | | TELÉFONO: | 3506317525 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | AK 17A 17D 58 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 66791107319 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 3811 2026 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 1.436.550 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/04/16 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/04/30 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/04/16 AL 2026/04/30 | | |



NAREN DUBAN LOPEZ ROMERO
PS_3811_2026_F03335

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NAREN DUBAN LOPEZ ROMERO

CC: 1023953715

CEL: 3506317525

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

NAREN DUBAN LOPEZ ROMERO

CON C.C N° 1.023.953.715

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE 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 3811 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/04/16 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 1.628.090 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|

| | | | |
|---|--------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 1.628.090 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 1.436.550 |
|---|--------------|--|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DIECISIETE (17) DIAS

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 | 1. REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO DE TODAS AQUELLAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS). |
| 2 | .3.BRINDAR APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGÍSTICO A LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROYECTO EN EL ALISTAMIENTO, ORGANIZACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, CONTRIBUYENDO AL CUMPLIMIENTO DE METAS, CRONOGRAMAS Y COMPROMISOS ESTABLECIDOS PARA LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD. |
| 3 | 4.APOYAR LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DEL PROYECTO, INCLUYENDO BASES DE DATOS, LISTADOS DE TALENTO HUMANO, CONTROL DE ASISTENCIA A REUNIONES Y SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS. |
| 4 | 6.ELABORAR, ORGANIZAR Y MANTENER ACTUALIZADAS LAS ACTAS DE REUNIÓN, LISTADOS DE ASISTENCIA, COMUNICACIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS DERIVADOS DE LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN Y LOS LINEAMIENTOS DEL PROYECTO. |
| 5 | 9.APOYAR LA ELABORACIÓN, REVISIÓN, ORGANIZACIÓN Y TRÁMITE DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES ASOCIADOS AL PROYECTO, TALES COMO SOLICITUDES, ESTUDIOS PREVIOS, INFORMES Y DEMÁS SOPORTES REQUERIDOS PARA LA GESTIÓN CONTRACTUAL. |
| 6 | .11.APOYAR LA CONSOLIDACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA INFORMES TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS, ASÍ COMO PARA LOS REPORTES SOLICITADOS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO, LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. |
| 7 | 13.GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, MANEJO DE INFORMACIÓN, CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS |
| 8 | 15.CUMPLIR DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CRITERIOS DE CALIDAD CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS, ASÍ COMO ASISTIR DE MANERA INDELEGABLE A LOS COMITÉS, REUNIONES, JORNADAS DE SEGUIMIENTO Y DEMÁS ESPACIOS CONVOCADOS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O LA SUBRED. |
| 9 | 16.GARANTIZAR LA ENTREGA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CRITERIOS DE CALIDAD DE LOS INFORMES, SOPORTES, BASES DE DATOS, ACTAS Y DEMÁS PRODUCTOS DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO. LA ENTREGA EXTEMPORÁNEA, INCOMPLETA O INCONSISTENTE PODRÁ DAR LUGAR A LA NO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y AFECTAR EL RECONOCIMIENTO DE LOS HONORARIOS. |
| 10 | 18.REALIZAR EL CARGUE OPORTUNO DE LA CUENTA DE COBRO EN EL APLICATIVO O SISTEMA DE INFORMACIÓN DEFINIDO POR LA SUBRED, DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN, ADJUNTANDO LA TOTALIDAD DE LOS SOPORTES REQUERIDOS PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL. EL INCUMPLIMIENTO EN EL CARGUE OPORTUNO DE LA CUENTA DE COBRO, LA FALTA DE SOPORTES O EL CARGUE INCOMPLETO DE LA INFORMACIÓN PODRÁ GENERAR RETRASOS EN EL TRÁMITE DE REVISIÓN, VALIDACIÓN Y PAGO DE LOS HONORARIOS, ASÍ COMO LA NO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO CORRESPONDIENTE, CONFORME A LA VERIFICACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. |

11

.19.DESARROLLAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 711 DE 2025 Y EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, LAS CUALES DEBERÁN EJECUTARSE DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y CON LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES PARA SU VERIFICACIÓN.

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 (2026-04-16) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | N° | OPERADOR: | |
|--------------------|-----------|---------------|--------------|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | | \$ 0 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | | \$ 0 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | | \$ 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 ningún 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



NAREN DUBAN LOPEZ ROMERO

PS_3811_2026_F03335

NAREN DUBAN LOPEZ ROMERO

CC: 1023953715

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_3811_2026_F03335

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO