

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA HERNANDEZ VILLARRAGA			CC:	1000064265
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIAC-HERNANDEZ@JAVERIANA.EDU.CO			TELÉFONO:	3503368188
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CARACAS 68 1 63			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	19604228
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4001 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.793.523	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/09 AL 2026/05/31				
 MARIA CAMILA HERNANDEZ VILLARRAGA PS_4001_2026_236D17 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA CAMILA HERNANDEZ VILLARRAGA CC: 1000064265 CEL: 3503368188					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA CAMILA HERNANDEZ VILLARRAGA

CON C.C N°1.000.064.265

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS 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. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 4001 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/05/08

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$4.800.045No. HORAS EJECUTADAS147

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$10.800.101VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.793.523

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDOS (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)

1	REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 00000711 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, 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	.PARTICIPAR DE FORMA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS Y PROCESOS FORMATIVOS RELACIONADOS CON LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS), GARANTIZANDO SU CORRECTA APLICACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES
3	APOYAR TÉCNICA Y OPERATIVAMENTE LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS CUANDO SEA REQUERIDO POR LA COORDINACIÓN O SUPERVISIÓN, SIN QUE ELLO GENERE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO ADICIONAL DISTINTO AL PACTADO EN EL CONTRATO
4	VERIFICAR PREVIAMENTE QUE LOS USUARIOS A INTERVENIR SE ENCUENTREN CARACTERIZADOS EN EL APLICATIVO GTAPS EN MODALIDAD EXTRAMURAL Y REALIZAR LA ATENCIÓN EN LAS MODALIDADES INTRAMURAL Y EXTRAMURAL SEGÚN CORRESPONDA, CONFORME AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EBS
5	REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ASIGNADA DE ACUERDO CON EL CURSO DE VIDA, IDENTIFICANDO, CLASIFICANDO Y PRIORIZANDO EL RIESGO EN SALUD, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DEFINIDOS SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO IDENTIFICADO
6	EJECUTAR ATENCIONES INDIVIDUALES DE ENFERMERÍA CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CUMPLIENDO LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA AUTORIZADOS POR LAS EAPB Y DILIGENCIANDO DE MANERA CORRECTA Y COMPLETA LOS DIAGNÓSTICOS CIE-10, RECONOCIENDO QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA
7	ELABORAR, CONCERTAR, IMPLEMENTAR Y REGISTRAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO POR INDIVIDUO Y POR FAMILIA, DE ACUERDO CON LOS HALLAZGOS IDENTIFICADOS DURANTE LA ATENCIÓN, INCORPORANDO RECOMENDACIONES, COMPROMISOS Y ACCIONES ESPECÍFICAS. DICHO PLAN DEBERÁ SER CLARO, CONCRETO Y PERTINENTE, ESTAR DIRECCIONADO A LA CONDICIÓN PARTICULAR DEL USUARIO Y SU ENTORNO FAMILIAR, Y REGISTRARSE DE MANERA OPORTUNA EN LOS APLICATIVOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTABLECIDOS, VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN
8	GARANTIZAR LA REALIZACIÓN Y REGISTRO DE ANAMNESIS, REVISIÓN POR SISTEMAS, ANTECEDENTES, EVALUACIÓN DE RIESGOS, EXAMEN FÍSICO, ANÁLISIS DE HALLAZGOS, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO, DE CONFORMIDAD CON EL PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES
9	REGISTRAR DE MANERA COMPLETA, VERAZ, CONSISTENTE Y CON CALIDAD DEL DATO LA TOTALIDAD DE LAS ATENCIONES REALIZADAS EN GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y LOS DEMÁS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEFINIDOS, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LOS LINEAMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GARANTIZANDO SU REGISTRO DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN
10	PROGRAMAR, EJECUTAR Y REGISTRAR LOS SEGUIMIENTOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), CONFORME A LA PERIODICIDAD Y MODALIDAD ESTABLECIDA EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EBS.

11	.IDENTIFICAR DE MANERA OPORTUNA EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, VIOLENCIA O CONDUCTA SUICIDA, Y DILIGENCIAR Y REMITIR LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN CORRESPONDIENTES (SIVIGILA, SIVIM, SISVECOS) DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN.
12	.IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD Y/O SOCIALES Y DILIGENCIAR EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN
13	VERIFICAR QUE LOS USUARIOS HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, REALIZAR LA ORDEN O CANALIZACIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES
14	IDENTIFICAR LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA LA AFILIACIÓN POR OFICIO Y REMITIR, DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS, LA INFORMACIÓN COMPLETA Y VERIFICADA AL EQUIPO CORRESPONDIENTE, PARA LA GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL
15	.BRINDAR ATENCIÓN INICIAL ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE EMERGENCIAS DURANTE LAS VISITAS, ACTIVAR DE MANERA INMEDIATA LA RUTA DE ATENCIÓN CORRESPONDIENTE Y COORDINAR LA REMISIÓN CON EL CRUE, REALIZANDO EL ACOMPAÑAMIENTO HASTA LA ENTREGA AL EQUIPO DE RESPUESTA, CON EL DEBIDO SOPORTE DE EVOLUCIÓN HORA A HORA
16	.REALIZAR ACCIONES PROPIAS DE SU PERFIL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN LAS MODALIDADES INTRAMURAL Y EXTRAMURAL, CUANDO SE REQUIERA, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN, LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES Y LAS DIRECTRICES DE LA SUBRED.
17	ASISTIR DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A COMITÉS SEMANALES O MENSUALES, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO CONSTANCIA Y SOPORTES DE PARTICIPACIÓN
18	PLANEAR Y/O DESARROLLAR CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES O INTERVENCIONES TÉCNICAS CUANDO LA ENTIDAD LO REQUIERA, CONFORME A SU PERFIL PROFESIONAL
19	GESTIONAR Y FORTALECER LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL NECESARIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES EN TERRITORIO, EN COHERENCIA CON EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.
20	ENTREGAR DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CRITERIOS DE CALIDAD, EN LAS PERIODICIDADES ESTABLECIDAS (DIARIA, SEMANAL O MENSUAL), LA TOTALIDAD DE LOS FORMATOS, BASES DE DATOS, INFORMES Y SOPORTES DERIVADOS DE LAS ACCIONES, ATENCIONES O INTERVENCIONES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL OBJETO CONTRACTUAL

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 (2026-05-09) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº	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 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



MARIA CAMILA HERNANDEZ VILLARRAGA

PS_4001_2026_236D17

MARIA CAMILA HERNANDEZ VILLARRAGA

CC: 1000064265

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_4001_2026_236D17

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO