

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS GABRIEL ROMERO VALENCIA			CC:	80235685
CORREO ELECTRÓNICO:	luisvalencia791@outlook.com			TELÉFONO:	3104650199
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 44 68 09 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	390002621
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4108 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.595.070	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 LUIS GABRIEL ROMERO VALENCIA PS_4108_2026_9EAE03 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUIS GABRIEL ROMERO VALENCIA CC: 80235685 CEL: 3104650199					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUIS GABRIEL ROMERO VALENCIA

CON C.C N°80.235.685

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO 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 4108 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/05/25

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$5.858.284No. HORAS EJECUTADAS178

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$9.499.920VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.595.070

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRES (3) 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	1.REALIZAR 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	2.PARTICIPAR 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	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	4.IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS FAMILIAS (ALTA, MEDIA O BAJA), CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EBS.
5	5.REGISTRAR DE MANERA COMPLETA, VERAZ, CONSISTENTE Y CON CALIDAD DEL DATO TODAS LAS ATENCIONES REALIZADAS EN LOS SISTEMAS Y APLICATIVOS DE INFORMACIÓN DEFINIDOS (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y DEMÁS QUE SE ESTABLEZCAN), GARANTIZANDO EL REGISTRO COMPLETO Y OPORTUNO DE LA INFORMACIÓN, A MÁS TARDAR AL FINALIZAR EL DÍA EN QUE SE REALICE LA ATENCIÓN, ES DECIR, HASTA LAS 11:59 P. M. DEL MISMO DÍA DE LA CONSULTA O VALORACIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DEL CARGUE OPORTUNO Y CON CALIDAD DEL DATO SERÁ OBJETO DE AUDITORÍA Y CONDICIONARÁ EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.
6	6.APOYAR EL SEGUIMIENTO OPERATIVO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL EBS, PARTICIPANDO EN LOS ESPACIOS DEFINIDOS POR LA COORDINACIÓN Y DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.
7	7.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.
8	8.ENTREGAR EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS LOS INFORMES, BASES DE DATOS Y SOPORTES REQUERIDOS, CON CRITERIOS DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD Y CALIDAD.
9	9.RECIBIR, CUSTODIAR, UTILIZAR Y RESPONDER POR EL ADECUADO MANEJO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y DEMÁS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, GARANTIZANDO SU CONSERVACIÓN, USO CONFORME Y DEVOLUCIÓN EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
10	10.RESPONDER POR LA PÉRDIDA, DAÑO, NO RESTITUCIÓN O ENTREGA EXTEMPORÁNEA DE LOS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS, RECONOCIENDO SU CARÁCTER DE BIENES PÚBLICOS, Y ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, DISCIPLINARIAS, FISCALES Y LEGALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE.
11	11.GARANTIZAR EL USO RESPONSABLE, CONFIDENCIAL Y RESERVADO DE LOS ACCESOS A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALES, REALIZANDO SU ENTREGA AL FINALIZAR EL CONTRATO.
12	12.APOYAR LOS PROCESOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LOS PLANES DERIVADOS DE LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
	13.BRINDAR SOPORTE ADMINISTRATIVO A LA SUPERVISIÓN EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, CUANDO SE PRESENTEN REQUERIMIENTOS, QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES DE INFORMACIÓN O DERECHOS DE PETICIÓN, ASÍ COMO ACTUACIONES ADELANTADAS POR LOS ENTES DE CONTROL, OTRAS DEPENDENCIAS DE LA SUBRED, LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD O EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, INCLUIDOS AQUELLOS

13	PRESENTADOS POR LOS USUARIOS. LO ANTERIOR, GARANTIZANDO LA ELABORACIÓN, ORGANIZACIÓN, ENTREGA Y REGISTRO OPORTUNO DE LOS SOPORTES REQUERIDOS, ASÍ COMO EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD Y CALIDAD, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y NORMATIVOS VIGENTES.
14	14.EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN IMPEDIRÁ LA PROGRAMACIÓN Y CONTINUIDAD DE NUEVAS ATENCIONES A USUARIOS, HASTA TANTO SE GARANTICE EL REGISTRO TOTAL DE LAS ATENCIONES PREVIAMENTE REALIZADAS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS Y CONTRACTUALES A QUE HAYA LUGAR.
15	15.EJECUTAR TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INDICADORES DEFINIDOS, EL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS SISTEMAS ESTABLECIDOS Y LA PARTICIPACIÓN OBLIGATORIA EN LOS ESPACIOS DE PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO Y CAPACITACIÓN. EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE HONORARIOS ESTARÁ CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO INTEGRAL DE ESTOS CRITERIOS, Y TODOS LOS PRODUCTOS, REGISTROS Y SOPORTES ESTARÁN SUJETOS A VERIFICACIÓN, VALIDACIÓN Y AUDITORÍA POR PARTE DEL EQUIPO DINAMIZADOR, LOS LÍDERES O LA COORDINACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

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:	PROTECCION		\$ 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 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LUIS GABRIEL ROMERO VALENCIA PS_4108_2026_9EAE03 LUIS GABRIEL ROMERO VALENCIA CC: 80235685
--------------------------------	--

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_4108_2026_9EAE03

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO