

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI			CC:	1129515388
CORREO ELECTRÓNICO:	GRETTPEREZCASSIANY@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3187129489
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72B 22A 85			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488418907025
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4000 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.173.936	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI PS_4000_2026_A2EC2F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI CC: 1129515388 CEL: 3187129489					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI

CON C.C N° 1.129.515.388

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 4000 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/08
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.000.019	No. HORAS EJECUTADAS	176
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.769.085	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.173.936
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
------------------------	--------------------------------

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	SE REALIZA 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) SE ASISTE A TODAS LAS CAPACITACIONES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE JUNIO
2	SE PARTICIPA EN CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS, COMITÉES CLÍNICOS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS DEFINIDAS POR LA SUBRED, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES. SE PARTICIPA EN TODAS LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS
3	SE APOYA 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 SE APOYO EN TODO LO REQUERIDO DURANTE EL MES DE JUNIO
4	SE VERIFICAN QUE LOS USUARIOS A INTERVENIR SE ENCUENTREN CARACTERIZADOS EN EL APLICATIVO GTAPS Y REALIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS MODALIDADES INTRAMURAL Y EXTRAMURAL, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS EBS, SE VERIFICAN ATENDIENDO PACIENTES EXTRAMURAL
5	SE REALIZAR LA VALORACIÓN MÉDICA INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ASIGNADA
6	SE EJECUTAN ATENCIONES MÉDICAS INDIVIDUALES CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018
7	SE GARANTIZAN EL REGISTRO COMPLETO, OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA, INCLUYENDO ANAMNESIS, ANTECEDENTES, REVISIÓN POR SISTEMAS, EVALUACIÓN
8	SE ELABORAN, CONCERTAR Y REGISTRAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL Y FAMILIAR
9	SE VERIFICAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA DE LOS USUARIOS
10	SE IDENTIFICAN Y PRIORIZAN LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS FAMILIAS (ALTA, MEDIA O BAJA
11	SE ORDENAN EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA VIGENTES Y ARTICULAR CON EL EQUIPO CORRESPONDIENTE EL AGENDAMIENTO DE CITAS
12	SE PARTICIPA EN PROCESOS DE TELEASISTENCIA CON MÉDICO FAMILIAR, INTERNISTA O PSIQUIATRÍA DE LA SUBRED
13	SE REALIZA CONTROLES MÉDICOS A GESTANTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
14	SE REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO CLÍNICO A LA POBLACIÓN QUE SEA DESIGNADA POR LA SUPERVISIÓN
15	SE ESTA ATENTO A PARTICIPAR Y REALIZAR VALORACIONES MÉDICAS INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD, BRIGADAS O ACTIVIDADES COMUNITARIAS PROGRAMADAS
16	SE REALIZA E IDENTIFICA OPORTUNAMENTE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, VIOLENCIA, CONDUCTA SUICIDA U OTROS RIESGOS, DILIGENCIANDO Y REMITIENDO LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN
17	SE DILIGENCIA DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO LOS FORMATOS DE CANALIZACIÓN
18	SE IDENTIFICA N LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS PARA LA AFILIACIÓN
19	SE PROGRAMA, EJECUTA Y REGISTRAR LOS SEGUIMIENTOS MÉDICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR
20	SE REALIZAN Y REGISTRAR LOS TAMIZAJES, ESCALAS E INSTRUMENTOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN
	SE REALIZA AUDITORÍAS CLÍNICAS SEMANALES ENTRE LOS PROFESIONALES DE MEDICINA DEL EBS, MEDIANTE LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS, CON EL FIN DE IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, EL CUMPLIMIENTO NORMATIVO, EL ABORDAJE CLÍNICO Y LA CALIDAD DEL REGISTRO, DEJANDO SOPORTES

21	DOCUMENTALES DE LAS ACCIONES DE MEJORA.		
22	SE BRINDA ATENCIÓN MÉDICA INICIAL ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE EMERGENCIAS DURANTE LAS VISITAS, ACTIVAR LA RUTA DE ATENCIÓN CORRESPONDIENTE		
23	SE REGISTRA 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		
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° 1082858236	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/27	\$ 238.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/27	\$ 305.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/27	\$ 46.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 590.300
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, 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		GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI PS_4000_2026_A2EC2F GRETTY LUZ PEREZ CASSIANI CC: 1129515388	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO		LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4000_2026_A2EC2F LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	