

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				



MARIA CAMILA HERNANDEZ VILLARRAGA
PS_4001_2026_EEF395

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 EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$16.793.635VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$6.000.056

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	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	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	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
4	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
5	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU PERFIL PROFESIONAL COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, GARANTIZANDO LA ENTREGA COMPLETA, OPORTUNA Y CONFORME DE LOS PRODUCTOS, REGISTROS Y SOPORTES DERIVADOS DE SU GESTIÓN, LOS CUALES ESTARÁN SUJETOS A AUDITORÍA, VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES DE LOCALIDAD, EL EQUIPO DINAMIZADOR Y/O LOS ENTES COMPETENTES, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, CONTRACTUALES Y NORMATIVOS VIGENTES
6	RECONOCER QUE EL CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES, LA ASISTENCIA OBLIGATORIA A COMITÉS, ESPACIOS DE SEGUIMIENTO Y CAPACITACIONES, ASÍ COMO EL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS SISTEMAS DEFINIDOS, SERÁN OBJETO DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DIARIA, SEMANAL O MENSUAL, SEGÚN CORRESPONDA; EN CONSECUENCIA, EL PAGO DE HONORARIOS ESTARÁ CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO INTEGRAL DE ESTOS CRITERIOS, CONFORME AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD
7	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
8	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
9	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

10	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
11	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
12	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
13	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
14	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
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	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
17	GARANTIZAR EL USO RESPONSABLE, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS, ENTREGÁNDOLOS JUNTO CON LOS SOPORTES FÍSICOS Y MAGNÉTICOS AL FINALIZAR EL CONTRATO
18	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 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
19	TODAS LAS ACTIVIDADES AQUÍ DESCRITAS DEBERÁN EJECUTARSE EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, OPERATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES, Y ESTARÁN SUJETAS AL CUMPLIMIENTO DE LA META ASIGNADA, AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y A LOS PROCESOS DE VERIFICACIÓN Y AUDITORÍA

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 93162791	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/14	\$ 300.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/14	\$ 384.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/14	\$ 58.500

OTRO			
TOTAL PAGADO		\$ 742.500	
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		 MARIA CAMILA HERNANDEZ VILLARRAGA PS_4001_2026_EEF395 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_EEF395 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	