

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIET VANESA MOYANO SANCHEZ			CC:	1032454676
CORREO ELECTRÓNICO:	julieth921@hotmail.com			TELÉFONO:	3022700186
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 104 141A 25			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	452900102677
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4019 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 JULIET VANESA MOYANO SANCHEZ PS_4019_2026_68D340 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIET VANESA MOYANO SANCHEZ CC: 1032454676 CEL: 3022700186					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JULIET VANESA MOYANO SANCHEZ

CON C.C N° 1.032.454.676

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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4019 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/11
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.200.039	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.815.365	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
--	---------------	---	--------------

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 REALIZARON 42 ATENCIONES EN SALUD EN EL APLICATIVO GTAPS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
---	--

2	SE REALIZARON 42 HISTORIAS CLINICAS EN EL APLICATIVO DINAMICA FACTURADOS DENTRO DEL MISMO DIA DE LA ATENCION EN CASA
---	--

3	SE ASISTE A COMITE FINAL EL DIA 30 DE JUNIO EN EL SALON COMUNAL LA FRAGUITA
---	---

4	SE ASISTE A LAS PRE AUDITORIAS ASIGNADAS POR LA LIDER DE LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL PARA LA VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS
---	--

5	SE REALIZO EL ENVIO Y DILIGENCIAMIENTO DEL LINK DE SI-APS , SEGUN LOS 42 USUARIOS VALORADOS
---	---

6	SE REALIZO LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 0000711 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)
---	--

7	SE PARTICIPO 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.
---	---

8	SE REALIZA APOYO TÉCNICO 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
---	--

9	SE REALIZA VERIFICACIÓN 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.
---	--

10	SE ELABORA, CONCERTA, IMPLEMENTA 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	SERE RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO, ASÍ COMO DE LA SUSCRIPCIÓN, FIRMA Y GESTIÓN DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDOS, DARÁ LUGAR A LA NO CAUSACIÓN Y, POR ENDE, AL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE.
----	---

12	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CONFORME A LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025 Y AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ACTIVIDADES QUE SERÁN OBJETO DE VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.
----	---

13	SE ASISTE 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.		
14	SE GESTIONA Y FORTALECE LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL NECESARIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES EN TERRITORIO, EN COHERENCIA CON EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.		
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		\$ 220.700
PENSIÓN:	COLFONDOS		\$ 282.500
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 43.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 546.300
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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		JULIET VANESA MOYANO SANCHEZ PS_4019_2026_68D340 JULIET VANESA MOYANO SANCHEZ CC: 1032454676	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4019_2026_68D340 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	