

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA CONSUELO PEÑA LOPEZ			CC:	52480405
CORREO ELECTRÓNICO:	COPELO2579@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3112473207
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2 SUR 11C 69			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	15483119884
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4433 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.663.110	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/07/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 SANDRA CONSUELO PEÑA LOPEZ PS_4433_2026_C77C5E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA CONSUELO PEÑA LOPEZ CC: 52480405 CEL: 3112473207					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

SANDRA CONSUELO PEÑA LOPEZ

CON C.C N°

52.480.405

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR A COMUNITARIO 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 SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4433 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/07/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.000.080	No. HORAS EJECUTADAS	153
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.000.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.663.110
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES
---	-------------

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	ASISTIR A CAPACITACIONES DE CADA UNA DE LAS RESOLUCINES Y REALIZAR SU RESPCTIVA ACTA
2	ASISTIR PUNTUAL A LAS CAPACITACIONES SITADAS
3	ASISTIR A CADA UNA DE LAS CAPACITACIONES INDUCADAS PARA CADA UNO DE LOS PROCESOS INCLUIDO INDUCCION EN TERRENO
4	DESCARGAR LOS LINK DE LA CARTOGRAFIA DEL MICROTERITORIO Y AYUDAR A LA IDENTIFICACION DE CADA PREDIO
5	PRESENTARSE EN EL MICROTERITORIO PARA IDENTIFICACION Y PRESENTACION CON EL GRUPO 1561
6	INTERACTUAR CON LA COMUNIDAD PARA INFORMAR SOBRE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD Y SUS ACTIVIDADES EN TERRENO
7	REALIZAR BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA, IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL MICROTERITORIO
8	DESARROLLO DE ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, EDUCACIÓN EN SALUD, JORNADAS INFORMATIVAS Y ACTIVIDADES EN LOS MICROTERITORIOS
9	UBICAR Y GEORREFERENCIAR LAS VIVIENDAS Y FAMILIAS ASIGNADAS, FACILITANDO EL ACCESO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
10	DILIGENCIAR CORRECTAMENTE LOS INSTRUMENTOS COMUNITARIOS DEFINIDOS POR LA ENTIDAD COMO LAS ACTAS
11	GESTIONAR Y FORTALECER LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL NECESARIA PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES EN EL MICROTERITORIO DE LOS EBS
12	ELABORAR Y ENTREGAR INFORMES DIARIOS (ACTAS) DE GESTIÓN COMUNITARIA, CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES FÍSICOS O DIGITALES,
13	APOYAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN COMUNITARIA EN SALUD PÚBLICA, E INFORMACION DE ACTIVIDADES DE PREVENCION
14	CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DESDE EL COMPONENTE COMUNITARIO, PARTICIPANDO EN PLANES DE MEJORAMIENTO Y DE PREVENCION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA LABOR DE LOS EBS
15	MANTENER EN UN EXCELENTE ESTADO LOS INSUMOS (CHALECO, GORRA Y CARNET), Y PORTANDOLOS EN LOS MOMENTOS QUE SE ESTAN LABORANDO
16	AYUDAR EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS, DE LOS PROFESIONALES, LA ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y COMITÉ, Y EL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SERÁN OBJETO DE VERIFICACIÓN PERIÓDICA, Y QUE EL PAGO DE HONORARIOS ESTARÁ CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO INTEGRAL DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.
17	EJECUTAR TODAS LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), PARA EL CUMPLIMIENTO CON LOS OBJETIVOS DE LAS RESOLUCIONES
18	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE Y AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 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 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	 SANDRA CONSUELO PEÑA LOPEZ PS_4433_2026_C77C5E SANDRA CONSUELO PEÑA LOPEZ CC: 52480405
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4433_2026_C77C5E LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO