

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ			CC:	1013602137
CORREO ELECTRÓNICO:	GIGG0926@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3103665417
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 28A 26 28 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66705546224
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3945 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ PS_3945_2026_477C6F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ CC: 1013602137 CEL: 3103665417					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ

CON C.C N°1.013.602.137

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 3945 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/05/04

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$5.600.052No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$17.413.206VALOR 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	1 SE REALIZA PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ATRAVEZ DEL APLICATIVO DINAMICA SEGÚN LA ATENCION
2	SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS Y CON EVOLUCION EN DINAMICA, ESTA ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES
3	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD
4	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN Y ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES
5	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL USUARIO, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA. ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES
6	'DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIOS DURANTE LAS VALORACIONES Y VISITAS DOMICILIARIAS, CON EL FIN DE PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES EN SALUD. SEGÚN EL HALLAZGO, SE IMPLEMENTAN INTERVENCIONES EDUCATIVAS, ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, Y, EN LOS CASOS QUE LO REQUIEREN, SE GESTIONAN LAS REMISIONES PERTINENTES A MEDICINA, PSICOLOGÍA U OTRAS RUTAS DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO, GARANTIZANDO UN MANEJO OPORTUNO Y ARTICULADO DEL RIESGO IDENTIFICADO
7	'DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN Y POTENCIAN LAS CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS, SUS FAMILIAS Y CUIDADORES, CON EL PROPÓSITO DE FOMENTAR CONDUCTAS SALUDABLES Y FORTALECER SU ROL ACTIVO EN EL CUIDADO DE LA SALUD. ESTA INTERVENCIÓN SE ORIENTA A PROMOVER LA CORRESPONSABILIDAD, EL EMPODERAMIENTO COMUNITARIO Y LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCIÓN 711 Y EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
8	DURANTE LA VALORACION INTEGRAL SE REALIZA PRIORIDAD DEL INDIVIDUO
	'EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES SE REALIZA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD. DURANTE LA VISITA, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LLEVA A CABO LA VALORACIÓN INTEGRAL SEGÚN EL CURSO DE VIDA, DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 711 . EN CASO DE REQUERIRSE, SE

9	GESTIONAN LAS RESPECTIVAS REMISIONES A MEDICINA, PSICOLOGÍA, OA OTRAS RUTAS DE ATENCIÓN DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO.		
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° 1083717042	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/16	\$ 300.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/16	\$ 384.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/16	\$ 58.464
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 742.464
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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ PS_3945_2026_477C6F GLORIA INOCENCIA GONZALEZ GOMEZ CC: 1013602137		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_3945_2026_477C6F LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		