

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ARMANDO ROMERO ARTEAGA			CC:	79663780
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGELAMADOR@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3164921845
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2 78K 11 BL 42 AP 401			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	005770147006
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4096 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
<div><div>JOSE ARMANDO ROMERO ARTEAGA PS_4096_2026_BC8744</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE ARMANDO ROMERO ARTEAGA CC: 79663780 CEL: 3164921845</div>					

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

JOSE ARMANDO ROMERO ARTEAGA

CON C.C N°

79.663.780

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 4096 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/25
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.400.069	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.000.112	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	1REALIZO 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, 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.PARTICIPE DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES RELACIONADAS CON LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL, PAI WEB 2.0 Y LOS DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SUBRED
3	3.REALIZO LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS Y FAMILIAS ASIGNADAS, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA POR FAMILIAS DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL, CONFORME AL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL ENFOQUE DE APS.
4	4.EJECUTE LOSTAMIZAJES DEFINIDOS EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN, INCLUYENDO APGAR FAMILIAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LINEAMIENTOS DE LA OMS, APLICACIÓN DE FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y DILIGENCIAMIENTO DE PLANILLAS DE FIRMAS
5	.5.REALIZO LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICAR RIESGOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES Y EFECTUAR LA DERIVACIÓN O DIRECCIONAMIENTO OPORTUNO SEGÚN EL ANÁLISIS DE RIESGO, CURSO DE VIDA Y CONDICIÓN DE SALUD EN COHERENCIA CON EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO, CUANDO SE IDENTIFIQUE POBLACIÓN PRIORIZADA (GESTANTES, MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y CUIDADORES), DEBERÁ PROGRAMAR VISITA DE SEGUIMIENTO GARANTIZANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO
6	6. VERIFICO LA FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONFORME AL ESQUEMA DE INTERVENCIONES Y ATENCIONES INDIVIDUALES ESTABLECIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDE A CADA USUARIO
7	7.PROGRAME Y ,REALIZE Y REGISTRE LAS ATENCIONES EN SALUD CONFORME A LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA, LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), EN MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN DE SALUD Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES.
8	8.NO SE IDENTIFICARON INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA GARANTIZANDO LA PRESENCIA DEL USUARIO Y LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO
9	9.CONSULTE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 Y, EN CASO DE IDENTIFICAR ESQUEMAS INCOMPLETOS O INCONSISTENCIAS, INFORMAR OPORTUNAMENTE AL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN.
10	10.SE IDENTIFICO LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CRITERIOS DE AFILIACIÓN POR OFICIO Y REMITIR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN AL EQUIPO CORRESPONDIENTE PARA LA GESTIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL.

11	11.REALIZE CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA PROGRAMADO PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA,
12	, 12SE GARANTIZA LA APERTURA, DILIGENCIAMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y CIERRE DE LOS APLICATIVOS Y FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS REQUERIDOS, ASEGURANDO CALIDAD, VERACIDAD, COMPLETITUD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN, Y REALIZANDO EL REGISTRO DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DEL CARGUE OPORTUNO Y CON CALIDAD DEL DATO SERÁ OBJETO DE AUDITORÍA Y CONDICIONARÁ EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.
13	13.IDENTIFIQUE LOS 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.
14	14. VERIFIQUE QUE LOS USUARIOS HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, REALIZAR LA ORDEN O CANALIZACIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE LA APS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN
15	15.SE EJECUTA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN MODALIDAD INTRAMURAL, EXTRAMURAL Y/O ADMINISTRATIVA, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y LA NECESIDAD DEL SERVICIO
16	16.NO SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, EVENTOS DE VIOLENCIA O IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO A TRAVÉS DE SIVIGILA, SIVIM O SISVECOS, SEGÚN CORRESPONDA, DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A SU IDENTIFICACIÓN Y CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO.
17	17.NO SE PRESENTAN CASOS DE EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, ASISTIR AL USUARIO Y/O ACTIVAR LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS 123, ARTICULARSE CON EL CRUE PARA LA REMISIÓN A LA IPS CORRESPONDIENTE, REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO HASTA LA LLEGADA DEL EQUIPO DE RESPUESTA Y REGISTRAR LA EVOLUCIÓN HORA A HORA CONFORME A LAS INDICACIONES RECIBIDAS
18	. 18.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
19	19.SE PLANEA Y/O DESARROLLA CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES O INTERVENCIONES TÉCNICAS CUANDO LA ENTIDAD LO REQUIERA, CONFORME A SU PERFIL, SIN QUE ELLO GENERE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO ADICIONAL.
20	20.SE APOYAN Y SE GESTIONAN LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES EN EL TERRITORIO, PROMOVRIENDO LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y EL TRABAJO COLABORATIVO
21	21 NO APLICA
22	22.BRINDAR APOYO ADMINISTRATIVO A LOS PROCESOS DE AGENDAMIENTO DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y CONTRACTUALES, GARANTIZANDO LA VERACIDAD, COHERENCIA Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LOS APLICATIVOS Y FORMATOS CORRESPONDIENTES, ACTIVIDAD SUJETA A VERIFICACIÓN, AL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA Y AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD
23	23.RECIBI Y , CUSTODIE E UTILIZE 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.
24	24.GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD Y PRESENTACIÓN DE LOS INSUMOS, EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO Y DEMÁS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS, PARA SU REVISIÓN, CONTROL, CALIBRACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO, DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD SEMANAL O MENSUAL DEFINIDA POR LA ENTIDAD, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES
25	25.RESPONDER POI LA PÉRDIDA, DAÑO, NO RESTITUCIÓN O ENTREGA EXTEMPORÁNEA DE LOS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS, RECONOCIENDO SU CARÁCTER DE BIENES PÚBLICOS, Y ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, DISCIPLINARIAS, FISCALES Y LEGALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE
26	.26.GARANTIZAR EL USO ADECUADO, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS PARA LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES, ABSTENIÉNDOSE DE COMPARTIRLOS CON TERCEROS Y ENTREGÁNDOLOS AL FINALIZAR EL CONTRATO
27	27.SE DILIGENCIA Y ENTREGAR OPORTUNAMENTE LOS FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS, SOPORTES DE ACTIVIDADES, INFORMES, CERTIFICACIONES, ACTAS Y COMPROBANTES DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO
28	28.BRINDAR SOPORTE ADMINISTRATIVO A LA SUPERVISIÓN O COORDINACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 711 DE 24 ABRIL 2025, CUANDO SE PRESENTEN REQUERIMIENTOS, SOLICITUDES DE INFORMACIÓN O ACTUACIONES POR PARTE DE LOS ENTES DE CONTROL, OTRAS DEPENDENCIAS DE LA SUBRED, LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD O EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO FRENTE A QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES O DERECHOS DE PETICIÓN PRESENTADOS POR LOS USUARIOS, GARANTIZANDO LA ELABORACIÓN, ORGANIZACIÓN, ENTREGA Y REGISTRO OPORTUNO DE LOS SOPORTES REQUERIDOS, REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENMARCADAS EN EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.
	29.TODAS LAS ACTIVIDADES AQUÍ DESCRITAS SE EJECUTARON 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

29	META ASIGNADA, AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y A LOS PROCESOS DE VERIFICACIÓN Y AUDITORÍA.		
30	30.SE REALIZA LAS DEMÁS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CONFORME A LA RESOLUCIÓN 00000711 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		
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:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/29	\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/29	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/29	\$ 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 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	<div><div>JOSE ARMANDO ROMERO ARTEAGA PS_4096_2026_BC8744</div></div> <div>JOSE ARMANDO ROMERO ARTEAGA CC: 79663780</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4096_2026_BC8744</div></div> <div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		