

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ			CC:	52500586
CORREO ELECTRÓNICO:	DMALAGONS.PSN@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3014463868
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 13A 26 19 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	05704986221

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3131 2025	N° CDP:	1263	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.148.090



DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ
PS_3131_2025_B3E716-2025-07-15 22:14:36

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ

CC: 52500586

CEL: 3014463868

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

DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ

CON C.C N° 52.500.586

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3131 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.725.920	No. HORAS EJECUTADAS	193
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.741.220	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.148.090
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
--	-----------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	-----------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
-------------------------------	---------------------------------------

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 | Realizar recibo y entrega de turno, con los respectivos registros de enfermería |
| 2 | Cumplir con las actividades de acuerdo a cronograma del servicio |
| 3 | Confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de actividades |
| 4 | Asegurar el cuidado de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios. Si estos pertenecen al contratista, presentar hoja de vida, cronograma de mantenimiento y ficha técnica del equipo, último reporte de mantenimiento realizado al equipo y registro INVIMA del personal que realiza el mantenimiento a los equipos, cronograma de capacitación o certificado del personal que maneja los equipos, anexas protocolo de limpieza y desinfección de cada equipo. |
| 5 | Realizar el obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Decreto No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud. |
| 6 | Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios. |
| 7 | Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad) |
| 8 | Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor |
| 9 | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. |
| 10 | Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. |
| 11 | Realizar los registros clínicos y sus anexos, de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999. |
| 12 | Realizar los procedimientos acordes al perfil, habilitados en la Subred Centro Oriente |
| 13 | Participar en la elaboración de las guías de manejo institucional, protocolos, manuales y demás documentación. |
| 14 | Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Centro Oriente (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás). |
| 15 | Adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred |
| 16 | Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos, |
| 17 | Informar de manera adecuada y oportuna incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente). |
| 18 | CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS EN EL PERIODO: 193 HORAS |

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488725308	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/07/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/10	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500




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 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	 DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ PS_3131_2025_B3E716-2025-07-15 22:14:36 DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ CC: 52500586
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 VANESSA CORREDOR GUZMAN PS_3131_2025_B3E716-2025-07-15 23:50:14 VANESSA CORREDOR GUZMAN SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ PS_3131_2025_B3E716-2025-07-16 14:02:56 YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO