

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

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	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:	2525	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.081.310



DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ
PS_3131_2025_B51E89

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	187
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.399.590	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.081.310
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS NUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

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	REALIZAR LOS REGISTROS CLÍNICOS Y SUS ANEXOS, DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999
5	REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS ACORDES AL PERFIL, HABILITADOS EN LA SUBRED
6	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, ANEXAR PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CADA EQUIPO
7	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO INSTITUCIONAL, PROTOCOLOS, MANUALES Y DEMÁS DOCUMENTACIÓN
8	ADHERENCIA A LOS PROCESOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED (GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y DEMÁS)
9	ADHERENCIA A LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN PROMOVIDOS POR LA SUBRED
10	DAR RESPUESTA ADECUADA Y OPORTUNA, DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LA LEY, A LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9489861422	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
-------------------------	---------------	------------------	------------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/08/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/14	\$ 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 <p><i>DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ</i> <i>PS_3131_2025_B51E89</i></p> <hr/> <p>DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ CC: 52500586</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>VANESSA CORREDOR GUZMAN</i> <i>PS_3131_2025_B51E89</i></p> <hr/> <p>VANESSA CORREDOR GUZMAN SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ</i> <i>PS_3131_2025_B51E89</i></p> <hr/> <p>YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>