

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

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 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 1.992.270



DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ
PS_3131_2025_B57EEE

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	179
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.399.590	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.992.270
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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 | 7. PARTICIPARE EN LAS REUNIONES PARA LA ELABORACION DE GUIAS SEGÚN PROTOCOLOS, MANUALES Y OTROS DOCUMENTOS |
| 2 | 11. EN CASO DE DE PRESENTARSE UN EVENTO SALUD PUBLICA DAR MANEJO SEGÚN LOS PROTOCOLOS DE VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA ESTABLECIDOS |
| 3 | 14. APLICO ESTANDARES DE CALIDAD EN ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DANDO OPORTUNIDADES, SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD |
| 4 | 17. EJERSO LAS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NORMAS Y REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DONDE PRESTO MIS FUNCIONES |
| 5 | 1. SOPORTO MIS ENTREGA Y RECEPCION DE TURNO CON LOS REGISTROS DE ENFERMERIA CORRECTANMENTE DILIGENCIADOS Y CON ESTANDARES DE CALIDAD |
| 6 | 2. REALIZAO MIS ACTIVIDADES SEGÚN EL CRONOGRAMA ESTABLECIDO EN EL SERVICIO |
| 7 | 3. EN EL DESARROLLO DE MIS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NORMAS ESTABLECIDAS SE LLEVARÁ CONFIDENCIALIDAD EN LA INFORMACION |
| 8 | 4. DESARROLLARE LOS REGISTROS CLINICOS Y LOS ANEXOS SEGÚN EL LINEAMIENTO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1995 DE 1999 |
| 9 | 5. REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES SEGÚN MI PERFIL HABILITADO EN LA SUBRED CON ESTANDERES EN CALIDAD DEL DATO |
| 10 | 6. SEGÚN EL EQUIPO QUE SE ME SEA ASIGNADO EN LA PRESTACION DE MIS FUNCIONES, TENDRE EL CUIDADO SEGÚN LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS Y CON LOS SOPORTES DE LOS EQUIPOS |
| 11 | 15. DESARROLLO MIS ACTIVIDADES SEGÚN LA ASIGNACION DE MI SUPERVISOR EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED |
| 12 | 16. VELO POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD |
| 13 | 10. DOY RESPUESTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y DE MANERA OPORTUNA CON LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS |
| 14 | 8. SIGO DE FORMA ADECUADA LAS INDICACIONES PRESCITAS ESTABLECIDAS POR LA SUBRED CON LAS GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS |
| 15 | 9. SIGO DE FORMA ADECUADA LAS INDICACIONES PRESCITAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION Y ACREDITACION EN LA SUBRED |
| 16 | 12. EN CASO DE PRESENTARSE ALGUN EVENTO O INCIDENTE DE ALGUN EVENTO ADVERSO O COMPLICACIONES QUE SE PRESENTE REALIZAR EL ADECUADO MANEJO SEGÚN EL MANUAL TECNICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE |
| 17 | 13. ASISTO EN ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE LA SUBRED SEAN ACTIVIDADES DE CAPACITACIONES PARA MEJORAR MI ATENCION CON LOS USUARIOS |

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491247627	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/09/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/10	\$ 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, 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	 DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ PS_3131_2025_B57EEE <hr/> DIANA MARITZA MALAGON SANCHEZ CC: 52500586
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 VANESSA CORREDOR GUZMAN PS_3131_2025_B57EEE <hr/> 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_B57EEE <hr/> YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52500586		MALAGON SANCHEZ DIANA MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43b sur 41 51	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000794	9491247627	I	2025/09/18	2025/09/10	BANCO DE BOGOTA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC 52500586	MALAGON DIANA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS037	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52500586		MALAGON SANCHEZ DIANA MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 43b sur 41 51	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000794	9491247627	I	2025/09/18	2025/09/10	BANCO DE BOGOTA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	