

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA MARCELA LUGO LUGO			CC:	52160932
CORREO ELECTRÓNICO:	AMALULU2@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3123431561
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49B SUR 9 89			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	552157935

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5183 2025	N° CDP:	2489	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 4.408.400



ADRIANA MARCELA LUGO LUGO
PS_5183_2025_DC3715

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA MARCELA LUGO LUGO
CC: 52160932
CEL: 3123431561

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

ADRIANA MARCELA LUGO LUGO

CON C.C N°

52.160.932

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5183 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.078.253	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30.711.853	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.408.400
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
--	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ
-------------------------------	----------------------

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	Se consulta acuerdos y resoluciones para la verificación de las responsabilidades tanto distritales como nacionales para la contabilización de la retención de impuestos solicitando copia del RUT actualizado para los casos en que se cambian las responsabilidades tributarias. reportadas en las facturas.
2	Revisión de 461 facturas radicadas por los proveedores, aportes a la seguridad social y tarjeta profesional del contador y antecedentes disciplinarios, verificación de fechas y valores del periodo de causación.
3	Revisión y aprobación de la causación contable y tributaria de 461 comprobantes de entradas al almacén.
4	Contabilización de notas débitos y créditos (12) por ajustes de base de la retención de impuesto, fechas de facturas, devoluciones y próximas fechas de vencimiento de insumos.
5	Contabilización de notas de ajustes por redondeo 12
6	Revisión y aprobación de comprobantes por devolución de compra 10
7	Realización de 3 conciliaciones contables con proveedores, verificando facturas y valores reportados.
8	Entrega de soportes solicitados por contratistas - causación Ops 10

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° 89254710	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/10	\$ 220.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/10	\$ 282.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/10	\$ 43.100
OTRO			

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



ADRIANA MARCELA LUGO LUGO

PS_5183_2025_DC3715

ADRIANA MARCELA LUGO LUGO

CC: 52160932

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LINA YISBETH NIÑO PATIÑO

PS_5183_2025_DC3715

LINA YISBETH NIÑO PATIÑO

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



RONALD AGUILAR GOMEZ

PS_5183_2025_DC3715

RONALD AGUILAR GOMEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO