

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.408.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



ADRIANA MARCELA LUGO LUGO  
PS\_5183\_2025\_ECCAB6

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 13.078.253	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

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

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES
------------------------------------------------	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
------------------------------------------------------	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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 565 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 565 comprobantes de entradas al almacén.
4	Registro contable (causación) 5 facturas Consorcio Bioingeniería 2025.
5	Contabilización de notas débitos y créditos (09) por ajustes de base de la retención de impuesto, fechas de facturas, devoluciones y próximas fechas de vencimiento de insumos.
6	Contabilización de notas de ajustes por redondeo 06.
7	Contabilización de notas por concepto de Impuesto de Timbre 08.
8	Revisión y aprobación de comprobantes por devolución de compra 23.
9	Realización de 4 conciliaciones contables con proveedores, verificando facturas, notas y valores reportados.
10	Entrega de soportes solicitados por contratistas - causación Ops 08
11	Modificación y actualización de terceros y proveedores 07.

**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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 90076439	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SURA	2025/10/10	\$ 220.800
<b>PENSIÓN:</b>	COLPENSIONES	2025/10/10	\$ 282.600

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	\$ 43.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 546.500
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			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>ADRIANA MARCELA LUGO LUGO</i> <i>PS_5183_2025_ECCAB6</i> <hr/> <b>ADRIANA MARCELA LUGO LUGO</b> <b>CC: 52160932</b>		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <i>LINA YISBETH NIÑO PATIÑO</i> <i>PS_5183_2025_ECCAB6</i> <hr/> <b>LINA YISBETH NIÑO PATIÑO</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>RONALD AGUILAR GOMEZ</i> <i>PS_5183_2025_ECCAB6</i> <hr/> <b>RONALD AGUILAR GOMEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>		