

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL			CC:	1033813985
CORREO ELECTRÓNICO:	LFGOMEZ4@FUCSALUD.EDU.CO			TELÉFONO:	3143516914
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19B 62A 37 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004800549042
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1790 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.384.224	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				



LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL
PS_1790_2025_2D8F48

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL
CC: 1033813985
CEL: 3143516914

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

LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL

CON C.C N°

1.033.813.985

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 1790 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO

\$

16.487.680

No. HORAS EJECUTADAS

234

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

48.769.808

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

4.384.224

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

ONCE (11) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SAUL ARDILA DURAN

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

Luego de entrar a salas de cirugia mi actividades como instrumentadora quirurgica es la preparacion del quirofano, la preparacion del instrumental y de los insumos especiales, la asistencia al cirujano suministrandoles el instrumental e insumos requeridos en el momento oportuno durante la cirugia.

2

En todas las cirugias debo asegurarme que apliquen las normas de asepsia y antisepsia para garantizar un ambiente seguro para el paciente y el equipo quirurgico-

3

Realizo en cada cirugia recuentos inicales y finales de compresas y agujas,contribuyo a la eficiencia y seguridad de las operaciones, asi como al bienestar de los pacientes, control y conteo de equipos de instrumental utilizados

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:

N° 91523131

OPERADOR:

MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO

ENTIDAD

FECHA DE PAGO

VALOR PAGADO

SALUD:

FAMISANAR

2025/11/19

\$ 241.700

PENSIÓN:

COLPENSIONES

2025/11/19

\$ 309.400

RIESGOS LABORALES:

AXA COLPATRIA

2025/11/19

\$ 0

OTRO

TOTAL PAGADO

\$ 551.100

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



LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL

PS_1790_2025_2D8F48

LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL

CC: 1033813985

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1790_2025_2D8F48

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_1790_2025_2D8F48

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO