

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA		CC:	52789499	
CORREO ELECTRÓNICO:	BIBIANAM2009@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3107202303	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73A 78 09		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	67887854812

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5822 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.571.654
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA
PS_5822_2025_7B62AB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA

CC: 52789499

CEL: 3107202303

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

BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA

CON C.C N° 52.789.499

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO COORDINADOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5822 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/25
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.857.639	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 61.715.909	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.571.654
---	---------------	--	--------------

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

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

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 REALIZO SEGUIMIENTO DIARIA O SEMANAL A LOS COMPONENTES ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y TÉCNICOS DE LA RESOLUCIÓN. SE REALIZO COORDINACIÓN CON LAS ÁREAS TRANSVERSALES (TALENTO HUMANO, FINANCIERA) LAS ACCIONES NECESARIAS PARA LA CORRECTA EJECUCIÓN DE LA RSOLUCIÓN. SE IMPLEMENTO MECANISMOS DE CONTROL Y SEGUIMIENTO QUE ASEGURAN LA CALIDAD, OPORTUNIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS. SE EJECUTO COMITÉS TÉCNICOS CON MINSITERIO. DOS MESAS DE ARTICULACION CON SDS
2	SE SOLICITO LOS RESPECTIVOS REQUERIMIENTOS ADMINISTRATIVOS ANTE LAS DEPENDENCIAS INTERNAS PARA GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL. SE GESTIONO EL SEGUIMIENTO AL FLUJO FINANCIERO DESTINADO A LA RESOLUCIÓN, ASEGURANDO EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS. SE GESTIONO LA CONTRATACIÓN DEL TALENTO HUMANO REQUERIDO Y LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS.
3	SE CREARON PLANES DE TRABAJO JUNTO AL EQUIPO ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LA OPERACIÓN EN TERRENO
4	SE IMPLEMENTARON ACCIONES DE MEJORA CONTINUA QUE FORTALEZCEN A LOS EQUIPOS PARA GARANTIZAR UNA ATENCIÓN CON CALIDAD EN EL TERRENO
5	SE REALIZO EL CRONOGRAMA DE REINDUCCIÓN DEL TH VINCULADO A LA RESOLUCUION, GARANTIZANDO LA APROPIACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA SUBRED
6	SE DISEÑO LA PLANEACIÓN MENSUAL Y TRIMESTRAL DE LA RESOLUCIÓN CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL MINISTERIO
7	SE REALIZARON MESAS DE TRABAJO CON LIDERES DE LOCALIDAD PARA ESTABLECER METAS, PRODUCTOS Y RESPONSABLES DE CADA LOCALIDAD
8	SE PARTICIPO EN ESPACIOS DE ARTICULACIÓN CON SDS EN EL MES DE NOVIEMBRE PARA GARANTIZAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN TERRENO.
9	SE ELABORARON INFORMES DE SEGUIMIENTO PARA REPORTAR INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN A MINSITERIO.
10	SE CONSOLIDO LA INFORMACIÓN OPERATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES DE AVANCE Y DE CIERRE DEL MES DE NOVIEBRE PARA PRESENTAR A PISIS
11	SEMANALMENTE SE REALIZO MONITOREO A LAS LIDERES DE LCOALIDAD PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ENLAS DIFERENTES LOCALIDADES
12	SE SUPERVISO LA CORRECTA RADICACIÓN, ARCHIVO Y CUSTODIA DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN. COMO ACTAS DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL MES DE DICIEMBRE

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496665916	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/22	\$ 428.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/22	\$ 548.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/22	\$ 83.521
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.060.721


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 ningun 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	 <p><i>BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA</i> <i>PS_5822_2025_7B62AB</i></p> <p>BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA CC: 52789499</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_5822_2025_7B62AB</i></p> <p>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---