

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ADRIANA MARCELA LUGO LUGO
PS_5183_2025_E85CCC

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:	\$ 43.937.053	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.408.400
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES
--	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
-------------------------------	---------------------------

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	Revisión de 542 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.
2	Revisión y aprobación de la causación contable y tributaria de 542 comprobantes de entradas al almacén.
3	Registro contable (causación) 5 facturas Consorcio Bioingeniería 2025.
4	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.
5	Contabilización de notas de ajustes por redondeo 06.
6	Contabilización de notas por concepto de Impuesto de Timbre 09.
7	Revisión y aprobación de comprobantes por devolución de compra 21.
8	Realización de 3 conciliaciones contables con proveedores, verificando facturas, notas y valores reportados.
9	Entrega de soportes solicitados por contratistas - causación Ops 06
10	Modificación y actualización de terceros y proveedores 06

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° 91714701	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/10	\$ 220.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	\$ 282.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	\$ 43.000
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 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



ADRIANA MARCELA LUGO LUGO

PS_5183_2025_E85CCC

ADRIANA MARCELA LUGO LUGO

CC: 52160932

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LINA YISBETH NIÑO PATIÑO

PS_5183_2025_E85CCC

LINA YISBETH NIÑO PATIÑO

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_5183_2025_E85CCC

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO