

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CATHERINE LUGO CRISTIANO		CC:	1024505232	
CORREO ELECTRÓNICO:	CATHERINE.LUGO25@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3214872890	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera 40 c # 1c-12		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488418738131

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3086 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.227.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



CATHERINE LUGO CRISTIANO  
PS\_3086\_2025\_56E4EE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CATHERINE LUGO CRISTIANO

CC: 1024505232

CEL: 3214872890

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

**CATHERINE LUGO CRISTIANO**

**CON C.C N°**

**1.024.505.232**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ECONOMISTA REFERENTE PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3086 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 12.681.360	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 59.179.680	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.227.120
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
-------------------------------	---

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

- |    |  |
|----|--|
| 1  | Apoyé las actividades de planeación del recurso humano, identificando necesidades y colaborando en el proceso de contratación de personal, bienes y servicios requeridos por el área.          |
| 2  | Elaboré la programación de turnos y registré las novedades del personal para su respectivo aval por parte de la Dirección Técnica del proceso.   |
| 3  | Realicé la inducción y reinducción en el puesto de trabajo a los colaboradores nuevos o reasignados, asegurando su adecuada adaptación.  |
| 4  | Brindé asistencia técnica al personal de los servicios del área, de forma individual o grupal, y programé dichas intervenciones conforme a las necesidades.                                    |
| 5  | Supervisé y apoyé el cumplimiento de los procesos, procedimientos, manuales, guías e instructivos establecidos por el área.  |
| 6  | Participé en los comités institucionales según las necesidades del área, aportando en la organización, seguimiento y ejecución de acciones acordadas.  |
| 7  | Apoyé activamente los procesos de auditoría, tanto interna como externa, suministrando información y facilitando el acceso a la documentación requerida.                                       |
| 8  | Consolidé, hice seguimiento y evalué los indicadores de gestión y calidad, presentando los resultados a los responsables del proceso.  |
| 9  | Verifiqué los pagos al sistema de seguridad social en salud de los contratistas y colaboré con la validación de cuentas de cobro para el pago mensual.   |
| 10 | Registré las novedades del personal de planta, garantizando su actualización y comunicación oportuna al área correspondiente.  |
| 11 | Consolidé mensualmente las estadísticas y entregué la información requerida por la Subred de forma clara, completa y en los tiempos establecidos.  |
| 12 | Apoyé diversas actividades del servicio conforme a las necesidades de la Subred Centro Oriente E.S.E., mostrando disposición y compromiso.   |
| 13 | Garanticé la aplicación de los subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad adoptado por la Subred, promoviendo su cumplimiento en el área.   |
| 14 | Organicé y entregué informes a los entes de control de manera oportuna, cumpliendo con los lineamientos técnicos y normativos establecidos.  |
| 15 | Registré en Excel las facturas de contratos de los proveedores a cargo de los servicios de la Dirección de Complementarios, asegurando exactitud y trazabilidad.                               |
| 16 | Elaboré informes, estudios, estadísticas e indicadores relacionados con la productividad, funcionamiento y sostenibilidad del servicio farmacéutico, según requerimientos internos y externos. |

**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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 92614087	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/02	\$ 211.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/02	\$ 270.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	\$ 41.200
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 523.200

**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, 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>CATHERINE LUGO CRISTIANO</i> <i>PS_3086_2025_56E4EE</i> <hr/> <b>CATHERINE LUGO CRISTIANO</b> <b>CC: 1024505232</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> <i>PS_3086_2025_56E4EE</i> <hr/> <b>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024505232	CATHERINE LUGO CRISTIANO		CALLE 31 B SUR 23 D 27	7145569	catherine.lugo25@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92614087	\$557.100	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	211.400	0		0		0	0	0	0	211.400	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	270.600	0	0	0	0	0	0	0	270.600	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	41.200				41.200	0	0	41.200			412	41.200	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	33.900	0	0	33.900	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	211.400	211.400
Pensión	1	270.600	270.600
Riesgos Laborales	1	41.200	41.200
CCF	1	33.900	33.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>557.100</b>	<b>557.100</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024505232	CATHERINE LUGO CRISTIANO		CALLE 31 B SUR 23 D 27	7145569	catherine.lugo25@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	02/01/2026	92614087	\$557.100		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024505232	LUGO CRISTIANO CATHERINE	59	0			N																	231001	1.690.848	270.600	0	0	0	0	EPS017	1.690.848	211.400	14-7	1.690.848	3	41.200	CCF22	1.690.848	33.900	0	0	0	0	0

# PAGADA

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 3086 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3086 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 3086 2025 CRP-7269.pdf	1 PS 3086 2025 CRP-7269.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2 PS 3086 2025 CRP-12334.pdf	2 PS 3086 2025 CRP-12334.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3 PS 3086 2025 CRP-19430.pdf	3 PS 3086 2025 CRP-19430.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 3086 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>