

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GINA PAOLA TIJARO CONTRERAS		CC:	1012372417	
CORREO ELECTRÓNICO:	GINA694@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3124302698	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2A 72 36		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000570100750

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5171 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.226.865
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



GINA PAOLA TIJARO CONTRERAS
PS_5171_2025_22E1B5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GINA PAOLA TIJARO CONTRERAS

CC: 1012372417

CEL: 3124302698

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

GINA PAOLA TIJARO CONTRERAS

CON C.C N° 1.012.372.417

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE AREA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5171 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.680.595	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 68.495.515	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865
---	---------------	--	--------------

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

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
-------------------------------	---

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	ELABORAR LA PROGRAMACIÓN DE TURNOS Y LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES
2	APOYAR LA RESPUESTA DE DERECHO DE PETICIÓN, PQRS Y DEMAS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DE CONTROL
3	APOYO AL AJUSTE, ACTUALIZACIÓN, SEGUIMIENTO, DEL CUMPLIMIENTO A LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, MANUALES, GUÍAS E INSTRUCTIVOS DEL ÁREA.
4	APOYO AL PROCESO DE ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
5	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS Y OPS
6	PRESENTACION DE INFORME DE AGENDAS ESTRATEGICAS MENSUALES
7	SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES DE TECNOLOGOS Y PROVEEDOR
8	CARGUE DE INDICADORES INSTITUCIONALES 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° 92530447	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/15	\$ 311.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/15	\$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/15	\$ 60.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 770.700

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 ibr 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



GINA PAOLA TIJARO CONTRERAS

PS_5171_2025_22E1B5

GINA PAOLA TIJARO CONTRERAS

CC: 1012372417

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



MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

PS_5171_2025_22E1B5

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO