

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN		CC:	1090476150
CORREO ELECTRÓNICO:	DIANASHERNANDEZMARIN@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3142933523
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57F SUR 70A 17		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 087878653

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2100 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.348.060
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		



DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN
PS_2100_2025_07BAF6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN

CC: 1090476150

CEL: 3142933523

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

DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN

CON C.C N°

1.090.476.150

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2100 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 38.088.360	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 101.357.358	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.348.060
-----------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
------------------------------------------------	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
------------------------------------------------------	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	----------------------------

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	Presté servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica, los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
2	Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como aporté para mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
3	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios paraclínicos y demás registros propios de mi actuar, acorde a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas, respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con mi firma y sello.
4	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
5	Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones.
6	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad.
7	Coordiné el área de urgencias de manera integral y científica, envié el porcentaje de ocupación diariamente en cada entrega de actividades y gestioné la liberación de camillas en los servicios de urgencias tanto de APH, como de traslados secundarios.
8	Y las demás actividades derivadas de la supervisión del contrato.

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° 92715041	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/30	\$ 500.000

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/30	\$ 640.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/30	\$ 97.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.237.500



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>DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN</i> <i>PS_2100_2025_07BAF6</i></p> <hr/> <p>DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN CC: 1090476150</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</i> <i>PS_2100_2025_07BAF6</i></p> <hr/> <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>