

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JHUANA VALENTINA LOZANO RUIZ		CC:	1001077322	
CORREO ELECTRÓNICO:	JHUANACONH@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3165306026	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 9 SUR 7B 36		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	088824862

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1161 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.764.634
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		



JHUANA VALENTINA LOZANO RUIZ
PS_1161_2025_5643B8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JHUANA VALENTINA LOZANO RUIZ

CC: 1001077322

CEL: 3165306026

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

JHUANA VALENTINA LOZANO RUIZ

CON C.C N° 1.001.077.322

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1161 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.058.536	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 92.122.677	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.764.634
---	---------------	--	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA
--	-------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
-------------------------------	--------------------------------

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)

- | ITEM | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES |
|------|---|
| 1 | 1. PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO, REALIZANDO CONSULTAS MEDICAS CONFOME AL ESTANDAR DEFINIDO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR Y DEMANDA DE SERVICIOS, ENMARCADO DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 2 | 2. DILIGENCIAR EL REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EN SALUD (RIPS) DE TODOS LOS USUARIOS ADECUADAMENTE. |
| 3 | 3. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. |
| 4 | 4. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 5 | 5. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. |
| 6 | 6. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD. |
| 7 | 7. REALIZAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACION DE: SIVIGILA Y EEVV. |
| 8 | 8. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIOS (CAPS). |
| 9 | 9. ELABORAR HISTORIA CLINICA Y ANEXOS A TODO PACIENTE ATENDIDO DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS POLITICAS DE LA SUBRED. |
| 10 | 10. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 11 | 11. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR. |

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° 3730788	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/08	\$ 303.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/08	\$ 388.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/08	\$ 59.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 751.700

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 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



JHUANA VALENTINA LOZANO RUIZ

PS_1161_2025_5643B8

JHUANA VALENTINA LOZANO RUIZ

CC: 1001077322

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_1161_2025_5643B8

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO