

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



ADRIANA MARCELA LUGO LUGO  
PS\_5183\_2025\_08740D

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5183 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/04/02</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 13.078.253	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 48.345.453	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.408.400
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DIEZ (10) MESES
--	-----------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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 617 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 617 comprobantes de entradas al almacén, verificado fecha, numero de factura, numero de contrato u orden de compra, valores y bases de retenciones, según las responsabilidades de cada proveedor.
3	Revisión y aprobación de la causación contable y tributaria de 08 Ingresos en Activos Fijos, verificado fecha, numero de factura, numero de contrato u orden de compra, valores y bases de retenciones, según las responsabilidades de cada proveedor.
4	Registro contable (causación), en el módulo de pagos, de 5 facturas Consorcio Bioingeniería 2025.
5	Registro contable en el módulo de pagos 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.
6	Registro contable en el módulo de pagos de notas de ajustes por redondeo 06.
7	Registro contable en el módulo de pagos de 09 notas por concepto de Impuesto de Timbre.
8	Revisión y aprobación de 15 comprobantes por devolución de compra, ajustes y notas crédito.
9	Realización de 3 conciliaciones contables con proveedores, verificando facturas, notas, impuestos y valores reportados.
10	Entrega de soportes solicitados por contratistas - causación Ops 08
11	Modificación y actualización de terceros y proveedores 05
12	Verificación de entrega de 617 facturas a cada uno de los supervisores, registrados en bitácora que se encuentra en custodia del almacén.
13	Elaboración de informe (cxpedades) de cuentas por pagar desde el año 2020 a diciembre 2025, detallando contrato u orden de compra y concepto según secretaria.

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 92614987	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
-------------------------	-------------	------------------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/01/02	\$ 220.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/02	\$ 282.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	\$ 43.000
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 545.700</b>

**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 afiliación 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>	 <p><i>ADRIANA MARCELA LUGO LUGO</i> <i>PS_5183_2025_08740D</i></p> <hr/> <p><b>ADRIANA MARCELA LUGO LUGO</b> <b>CC: 52160932</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>LINA YISBETH NIÑO PATIÑO</i> <i>PS_5183_2025_08740D</i></p> <hr/> <p><b>LINA YISBETH NIÑO PATIÑO</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> <i>PS_5183_2025_08740D</i></p> <hr/> <p><b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>