


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DEYSI ROMERO LONDOÑO		CC:	39559821	
CORREO ELECTRÓNICO:	DEYSITAMOR@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3132166721	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24 8 16 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400719343

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2109 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.603.600
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28		

 *DEYSI ROMERO LONDOÑO*  
*PS\_2109\_2026\_43185C*

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DEYSI ROMERO LONDOÑO

CC: 39559821

CEL: 3132166721

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

**DEYSI ROMERO LONDOÑO**

CON C.C N°

**39.559.821**

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2109 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 14.894.880	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>180</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14.894.880	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.603.600
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO ( 4 ) MESES
------------------------------------------------	--------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
------------------------------------------------------	---------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DIANA ISABEL MORA MORALES
-------------------------------	---------------------------

**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	1 Prestar su servicio de apoyo en forma personal y autónoma como enfermero(a) en el servicio ambulatorio, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan los auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención relacionados con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio en cada una de las sedes que conforman la Subred Centro Oriente, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guías y protocolos definidos por la Subred.
2	2 Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia
3	3 Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública. 4 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
4	4 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
5	5 Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad.
6	6 Apoyar el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.
7	7 Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionados con las cohortes de seguimiento.
8	8 Realizar el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.
9	9 Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente ESE

**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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9499639075	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
-------------------------	---------------	------------------	------------------

<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
--------------------------	----------------	----------------------	---------------------

SALUD:	SANITAS	2026/02/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/13	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 541.800

**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>DEYSI ROMERO LONDOÑO</i> <i>PS_2109_2026_43185C</i></p> <hr/> <p><b>DEYSI ROMERO LONDOÑO</b> <b>CC: 39559821</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>DIANA ISABEL MORA MORALES</i> <i>PS_2109_2026_43185C</i></p> <hr/> <p><b>DIANA ISABEL MORA MORALES</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39559821		ROMERO LONDOÑO DEYSI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 24 8 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132166721	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	59579254	9499639075	I	2026/02/05	2026/02/13	BANCO DAVIVIENDA	8	\$544,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vspl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
																							\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	\$541,800	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
																							\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	\$541,800	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
																							\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	\$541,800	
1	CC 39559821	ROMERO DEYSI																			25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	\$0	No	\$541,800
<b>Total Afiliados( 1)</b>																																										
																							\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	\$541,800	

## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$3,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$544,800</b>