

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS			CC:	52478826
CORREO ELECTRÓNICO:	CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3104550625
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50A # 80D 31			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102617685
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3116 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.114.286	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/04 AL 2026/02/28				
<div><div>INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS PS_3116_2026_3E7224</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS CC: 52478826 CEL: 3104550625</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS

CON C.C N°52.478.826

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3116 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/04
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$27.392.000	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$27.392.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$6.114.286
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

ITEM	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. Cumplió las funciones en un Servicio Asistencial de complejidad II y III en Gastroenterología, prestado de manera transversal en las cuatro unidades de mayor complejidad de la Subred UMHEs: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Hospital Santa Clara E.S.E., Hospital San Blas E.S.E., Hospital La Victoria E.S.E. y Hospital Jorge Eliécer Gaitán E.S.E.. 2. Conoció y desempeñó las funciones y actividades propias del Auxiliar de Enfermería del servicio de Gastroenterología. 3. Coordinó, programó y realizó seguimiento a las actividades desarrolladas por las Auxiliares de Enfermería de Gastroenterología en las diferentes unidades de funcionamiento. 4. Conoció la ruta, los trámites y la gestión de órdenes de procedimientos. 5. Conoció y gestionó los requisitos previos para la programación, la preparación de los pacientes, así como la facturación y el cargo de insumos consumidos en los procedimientos endoscópicos. 6. Verificó de manera directa el proceso de limpieza, desinfección, almacenamiento y cuidado de los equipos endoscópicos, conforme al protocolo institucional de reprocesamiento. 7. Conoció, guió y vigiló el cumplimiento del proceso y el direccionamiento adecuado de las biopsias digestivas. 8. Conoció los insumos y equipos médico-quirúrgicos del servicio, realizó inventarios, efectuó pedidos y participó en evaluaciones técnicas necesarias para el adecuado funcionamiento del servicio de Gastroenterología en las unidades. 9. Informó oportunamente al equipo de salud, profesionales, referentes, supervisores y jefes inmediatos sobre condiciones de los pacientes, infraestructura, equipos o cualquier situación de alerta que pudiera afectar la seguridad de los pacientes o del personal. 10. Realizó oportunamente el pedido de medicamentos requeridos para garantizar la atención adecuada de los pacientes. 11. Elaboró cronogramas, cuadros de actividades y disponibilidades mensuales de especialistas y personal de enfermería. 12. Programó y envió mensualmente las agendas para la apertura de procedimientos ambulatorios y consulta externa del servicio. 13. Verificó, realizó el montaje, entregó y subsanó mensualmente las glosas de cuentas médicas por pagar correspondientes a cada especialista del servicio. 14. Verificó el cumplimiento por parte del personal de los protocolos, guías y demás instrumentos institucionales. 15. Conoció, vigiló y dio cumplimiento a todas las normas de bioseguridad establecidas. 16. Asistió a las diferentes capacitaciones y evaluaciones relacionadas con los procesos y guías institucionales. 17. Apoyó el proceso de consolidación, seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión y calidad. 18. Apoyó la programación y el seguimiento de los programas de promoción y prevención ejecutados en la Subred. 19. Apoyó la recolección y suministro de información requerida para la asistencia a los diferentes comités institucionales. 20. Realizó las demás funciones que le fueron asignadas por el Supervisor, contenidas en el formato de necesidad de personal que hizo parte integral 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 (2026-02-04) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 8304992290	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/19	\$ 311.400	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/19	\$ 398.600	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/19	\$ 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 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	<div><div>INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS PS_3116_2026_3E7224</div><div>INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS CC: 52478826</div></div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_3116_2026_3E7224</div><div>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>SAUL ARDILA DURAN PS_3116_2026_3E7224</div><div>SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN
No. Identificación: CC52478826
Dirección: CALLE 50 A SUR NO. 80 D- 35
Telefono: 4519297
Correo: CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8304992290

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52478826	Periodo de Cotización Salud	enero de 2026
Número de planilla	8304992290	Periodo de Cotización Pensión	enero de 2026
Fecha pago	2026-01-19	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	43806932	Total Pagado	785700
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	60700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	398600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	15000	1
EPS008	Compensar EPS	311400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52478826
APELLIDOS Y NOMBRES: INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	2490760	2490760	2490760	2490760	311400	0	398600	0	60700	15000