

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)					
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 1702 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.475.160	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31				
 ADRIANA MARCELA LUGO LUGO PS_1702_2026_3A0580 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

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1702 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.900.640	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.900.640	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.475.160
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
------------------------	---------------------------

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	Revisión de 727 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 727 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 04 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 6 facturas Consorcio Bioingeniería 2025.
5	Registro contable en el módulo de pagos de notas débitos y créditos (05) 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 10.
7	Registro contable en el módulo de pagos de 01 notas por concepto de Impuesto de Timbre.
8	Revisión y aprobación de 25 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 12
11	Modificación y actualización de terceros y proveedores 05
12	Verificación de entrega de 727 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 FEBRERO 2026, detallando contrato, orden de compra, orden de servicio, convenio 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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 57294266	OPERADOR:	MI PLANILLA
------------------	-------------	-----------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/03/12	\$ 223.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/12	\$ 286.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/12	\$ 43.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 554.000
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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ADRIANA MARCELA LUGO LUGO PS_1702_2026_3A0580 ADRIANA MARCELA LUGO LUGO CC: 52160932		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOHN FREDY ZAMBRANO MARIN PS_1702_2026_3A0580 JOHN FREDY ZAMBRANO MARIN SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_1702_2026_3A0580 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		