

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARITZA SANCHEZ MEDINA			CC:	51811673
CORREO ELECTRÓNICO:	MARITZALABO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3153588220
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 4 BIS # 29 23 ZIPAQUIRA			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007600747211
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1207 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.693.346	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28				
 MARITZA SANCHEZ MEDINA PS_1207_2026_B8484F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARITZA SANCHEZ MEDINA CC: 51811673 CEL: 3153588220					

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

CON C.C N°51.811.673

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.PS 1207 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$11.172.400No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$11.172.400VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.693.346

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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	Orientar e informar a los pacientes según sus requerimientos.
2	Elaboración del pedido mensual
3	Realizar entrega de las historias y consentimientos informados al archivo.
4	Se realiza laRevisión diaria de listado de pacientes asignados.
5	Se Realizan llamadas de pacientes reprogramados.
6	Se realiza la Dotacion permanentemente de papelería correspondiente a rehabilitación cardiaca.
7	Se asiste al profesional en la realización de actividades propias.
8	Se realizar seguimiento de los pacientes que no asisten a consulta.
9	Tomar signos vitales: peso, talla, frecuencia cardiaca, presión arterial y saturación de oxígeno, al ingresar el paciente y durante el ejercicio.
10	Se realiza cambio oportuno de sabana de la camilla de consultorio.
11	Realizar desinfección de equipos biomédicos recurrente y terminal. Limpieza escritorio,
12	Se hace Revisión del aseo del consultorios y baños, dotar de toallas y jabón
13	Se realiza la apertura de las agendas

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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 46619269	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/11	\$ 42.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 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 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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARITZA SANCHEZ MEDINA PS_1207_2026_B8484F MARITZA SANCHEZ MEDINA CC: 51811673		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_1207_2026_B8484F ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO		