

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SHION ANGEL LOPEZ MARTINEZ		CC:	1000469834	
CORREO ELECTRÓNICO:	shionangel2001@gmail.com		TELÉFONO:	3162077353	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 103 73 51 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4722042421

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3161 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.204.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



SHION ANGEL LOPEZ MARTINEZ
PS_3161_2026_47A17D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SHION ANGEL LOPEZ MARTINEZ

CC: 1000469834

CEL: 3162077353

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

SHION ANGEL LOPEZ MARTINEZ

CON C.C N°

1.000.469.834

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO ASISTENCIAL TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3161 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/13
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.405.392	No. HORAS EJECUTADAS	210
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.405.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.204.200
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS
--	---------------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
-------------------------------	--------------------------------

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	Cumplí con los lineamientos y el manejo de atención a las víctimas de violencia según lo establecido en el Manual de Gestión Social y Familiar MI-SP-MN-03.
2	Realicé la valoración integral de las víctimas, verificando el riesgo, elaborando el informe social, registrando en la historia clínica la socialización de los derechos y deberes, generando avances en la gestión social correspondiente, y verificando la identidad y afiliación al sistema de salud.
3	Activé las rutas de protección y justicia para las víctimas, enviando el correo de traslado a la EAPB correspondiente para el seguimiento respectivo.
4	Diligencé las bases de datos con la información de los usuarios atendidos.
5	Participé activamente en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de casos de víctimas de violencia.
6	Asistí a las jornadas de capacitación, reuniones y mesas técnicas de violencia a las cuales fui convocado, ofreciendo formación continua sobre los enfoques adecuados para tratar a víctimas de violencia y sobre cómo actuar ante casos sospechosos de abuso.
7	En caso de ser necesario, realicé el traslado de usuarios a otras unidades de salud para su atención según la necesidad del servicio.
8	Verifiqué el cumplimiento de la lista de chequeo ante el egreso del usuario, generé la solicitud de vehículo para realizar el traslado a instituciones de protección, y supervisé que al momento del egreso se entregaran los medicamentos y las órdenes de seguimiento.
9	Apoyé en el servicio de urgencias ante las contingencias que pudieran presentarse.
10	Realicé las demás actividades afines al cargo que fueron delegadas por el supervisor.

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° 68173589	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/03/16	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/16	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/03/16	\$ 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p><i>SHION ANGEL LOPEZ MARTINEZ</i> <i>PS_3161_2026_47A17D</i></p> <hr/> <p>SHION ANGEL LOPEZ MARTINEZ CC: 1000469834</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_3161_2026_47A17D</i></p> <hr/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>