

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	VALERIA VALENCIA LOPEZ	CC:	1002653235
CORREO ELECTRÓNICO:	VAVALO2002@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3188154590
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 67B 46 14 AP 103	CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
		N° CUENTA:	

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7907 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.853.306
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/04 AL 2025/11/30		



VALERIA VALENCIA LOPEZ
PS_7907_2025_A28D85

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

VALERIA VALENCIA LOPEZ

CC: 1002653235

CEL: 3188154590

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

VALERIA VALENCIA LOPEZ

CON C.C N° 1.002.653.235

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO BIOMEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7907 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/04
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.853.306	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.853.306	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.853.306
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTISIETE (27) DIAS
--	-----------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
-------------------------------	---------------------------------

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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización y estandarización documental, actualizar inventario de equipos medicos, revisando y contrastando la información con la documentación física disponible 2. Identificación y seguimiento de necesidades tecnológicas, identifiqué necesidades relacionadas con equipos médicos con el fin de gestionar acciones de mejora, realicé seguimiento a requerimientos reportados por las áreas asistenciales. 3. Supervisión de planta de producción de aire, realicé visitas a la planta, asegurando el cumplimiento de parámetros técnicos y de seguridad establecidos. 4. Gestión de mantenimientos, gestioné el cronograma de mantenimiento preventivo verificando el cumplimiento por parte de proveedores, revise detalladamente los reportes de mantenimiento y actividades realizadas por terceros, e hice seguimiento al estado de los equipos para garantizar que se encuentren al día con el plan de mantenimiento establecido. 5. Acompañamiento a entes de control, acompañé la visita realizada por la SDS durante el proceso de inspección, subsané los compromisos y hallazgos generados dando cumplimiento a los requerimientos establecidos
---	--

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 (2025-11-04) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0
OTRO			

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



VALERIA VALENCIA LOPEZ

PS_7907_2025_A28D85

VALERIA VALENCIA LOPEZ

CC: 1002653235

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

PS_7907_2025_A28D85

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

SUPERVISOR DEL CONTRATO