

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LOURDES SOFIA MANOTAS PALACIO		<b>CC:</b>	1045747503	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	SOFIAMANOTAS@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3189353445	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CALLE 55A # 19 - 11		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	08100039622

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 3270 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 5.865.860
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/19	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/05/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



LOURDES SOFIA MANOTAS PALACIO  
PS\_3270\_2026\_463E80

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LOURDES SOFIA MANOTAS PALACIO

CC: 1045747503

CEL: 3189353445

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

**LOURDES SOFIA MANOTAS PALACIO**

CON C.C N°

**1.045.747.503**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 3270 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/19

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 24.324.274 **No. HORAS EJECUTADAS** 154

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 24.324.274 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 5.865.860

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN

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	MEDICO GENERAL DE CONSULTA EXTERNA		
2	RIPS DE CONSULTAS POR DIA		

**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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 6012950136 - 6012950136	<b>OPERADOR:</b>	SOI
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	NUEVA EPS	2026/04/24	\$ 401.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/24	\$ 513.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/24	\$ 78.400
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 992.900</b>

**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**



*LOURDES SOFIA MANOTAS PALACIO*

*PS\_3270\_2026\_463E80*

**LOURDES SOFIA MANOTAS PALACIO**

**CC: 1045747503**

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



*CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN*

*PS\_3270\_2026\_463E80*

**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

