

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GYNA LORENA BONILLA OSPINA			CC:	1023929596
CORREO ELECTRÓNICO:	lorena.ospina0413@gmail.com			TELÉFONO:	3118281920
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1G 48R 47 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	026274654
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3643 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.793.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/31	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30				
 GYNA LORENA BONILLA OSPINA PS_3643_2026_2EB40D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GYNA LORENA BONILLA OSPINA CC: 1023929596 CEL: 3118281920					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GYNA LORENA BONILLA OSPINA

CON C.C N°1.023.929.596

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3643 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/31
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$5.679.303	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	-------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$5.679.303	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$2.793.100
--	-------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y UN (01) DIA
---	------------------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
------------------------	-----------------------------

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. ORIENTAR AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE LAS RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO, NECESARIAS PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO CLÍNICO, CONFORME A LAS INDICACIONES DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (PHD).2. REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN DIRIGIDAS AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE EL CUIDADO Y MANEJO BÁSICO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN EN EL PHD, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES. 3. APOYAR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEL PHD, CONFORME A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, DENTRO DEL ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL. 4. INFORMAR EL DESARROLLO Y LOCALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, A TRAVÉS DE LOS MECANISMOS DEFINIDOS POR EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, CON FINES DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO. 5. EJECUTAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS Y DEMÁS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES APLICABLES A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA. 6. PORTAR LA IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL ASIGNADA, ÚNICAMENTE PARA EFECTOS DE IDENTIFICACIÓN DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS, SIN QUE ELLO IMPLIQUE RELACIÓN LABORAL O SUBORDINACIÓN. 7. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES CONFORME A LA PROGRAMACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, GARANTIZANDO LA OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DEL SERVICIO. 8.REALIZAR SENSIBILIZACIÓN A PACIENTES SOBRE DERECHOS Y DEBERES. 9. REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS PARA LA ASISTENCIA AL PLAN DE TRATAMIENTO DESIGNADO POR EL MÉDICO DEL PHD (PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA). 10. GARANTIZAR QUE LA MOTO CUENTE CON MALETERO O ALFORJAS PARA EL TRANSPORTE DE LOS INSUMOS REQUERIDOS PARA EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. 11. EL CONTRATISTA DEBERÁ MANIFESTAR MEDIANTE ESCRITO LA PROPIEDAD DEL VEHÍCULO (MOTO) Y/O LA AUTORIZACIÓN DEL PROPIETARIO PARA DESARROLLAR LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL TRANSPORTE DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. 12. DEBERÁ DISPONER DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS EN REGLA (CERTIFICADO MÉDICO PARA CONDUCIR. LICENCIA, DOCUMENTOS DE PROPIEDAD DE LA MOTO, CERTIFICADO DE GASES. SOAT. _1C). 13. DEBERÁ CONTAR CON LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN COMO CASCO Y CHALECO REFLECTIVO, RODILLERAS Y CANILLERAS, DE ACUERDO CON LA NORMA. 14. EL CONTRATISTA ES RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA MOTO Y EL COMBUSTIBLE DE LA MISMA. 15.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD, SEGÚN LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN MATERIA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE EN EL PAÍS, TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE MANEJO PREVENTIVO. 16. PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVÉS DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.17. GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES. 18. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMÁS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD. 19. PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 20.REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 21. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 22. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE
--	---

1	GARANTÍA DE CALIDAD. 23. ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR. 24. CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 25. PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 26. DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL E INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED.
---	--

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			
No. DE PLANILLA:	N° 1081224784	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/27	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/04/27	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/27	\$ 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	 GYNA LORENA BONILLA OSPINA PS_3643_2026_2EB40D GYNA LORENA BONILLA OSPINA CC: 1023929596
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_3643_2026_2EB40D DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
PS_3643_2026_2EB40D

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Fecha creación reporte:2026-04-27, 10:00:15 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1081224784

Periodo Cotización: marzo de 2026

Periodo Servicio: marzo de 2026

Referencia pago (PIN): 8824059054

PAGADO 27/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GYNA LORENA BONILLA OSPINA		
Documento	CC1023929596	Dirección	CR 1G #48 R - 37 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3118281920
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	PET	TAE	TDP	VSP	TAP	COR	VST	ISN	LGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1023929596	GYNA LORENA BONILLA OSPINA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800