

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARCELA TRIVIÑO CORTES		CC:	52732383	
CORREO ELECTRÓNICO:	SOULTC_33@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3133839089	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12BIS 25 06		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	002170093443

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3669 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.873.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/04/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



MARCELA TRIVIÑO CORTES  
PS\_3669\_2026\_E61554

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARCELA TRIVIÑO CORTES

CC: 52732383

CEL: 3133839089

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

**MARCELA TRIVIÑO CORTES**

**CON C.C N°**

**52.732.383**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3669 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/04/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.873.100	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 2.873.100	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.873.100
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** UN (01) MES

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

**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  | Realizar la apropiación conceptual, técnica y operativa de la Resolución 00000711 del 24 de abril de 2025, el Lineamiento técnico-operativo de Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento, así como de todas aquellas normas que las modifiquen, adicionen o complementen, en el marco del Modelo Preventivo y Predictivo y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS). |
| 2  | Prestar servicios con calidad, oportunidad y eficiencia en el desarrollo de las actividades administrativas requeridas para la implementación y operación del proyecto Equipos Básicos en Salud (EBS), de conformidad con la Resolución 00000711 de 2025 y los lineamientos técnico-operativos vigentes.  |
| 3  | Brindar apoyo administrativo y logístico a la coordinación y supervisión del proyecto en el alistamiento, organización, seguimiento y control de las actividades programadas, contribuyendo al cumplimiento de metas, cronogramas y compromisos establecidos para la operación de los Equipos Básicos en Salud.   |
| 4  | Apoyar la organización, consolidación y seguimiento de la información administrativa y operativa del proyecto, incluyendo bases de datos, listados de talento humano, control de asistencia a reuniones y seguimiento a las actividades programadas.  |
| 5  | Gestionar los procesos de archivo, organización, custodia y conservación de los documentos físicos y digitales derivados del proyecto, de acuerdo con las normas del sistema de gestión documental vigentes en la Subred y la Tabla de Retención Documental, garantizando su disponibilidad para auditorías y requerimientos de la Secretaría Distrital de Salud.   |
| 6  | Elaborar, organizar y mantener actualizadas las actas de reunión, listados de asistencia, comunicaciones y demás documentos administrativos derivados de la ejecución de la resolución y los lineamientos del proyecto.   |
| 7  | Apoyar la logística, organización y desarrollo de reuniones, comités técnicos, jornadas de seguimiento y espacios de articulación requeridos para la implementación y operación del proyecto Equipos Básicos en Salud (EBS), incluyendo la gestión de convocatorias, registro de asistencia, elaboración de actas y seguimiento a los compromisos establecidos.   |
| 8  | Apoyar la gestión y control de la distribución de insumos, equipos, vehículos y demás recursos logísticos requeridos para la operación de los grupos de atención en casa y de los Equipos Básicos en Salud, realizando el respectivo registro y seguimiento administrativo.   |
| 9  | Apoyar la elaboración, revisión, organización y trámite de documentos contractuales asociados al proyecto, tales como solicitudes, estudios previos, informes y demás soportes requeridos para la gestión contractual.  |
| 10 | Brindar apoyo en los procesos administrativos relacionados con la certificación de cumplimiento, gestión de pagos y seguimiento a la ejecución contractual del talento humano y proveedores de bienes y servicios vinculados al proyecto.   |
| 11 | Apoyar la consolidación y organización de la información requerida para informes técnicos, administrativos y financieros, así como para los reportes solicitados por la supervisión del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud y la Secretaría Distrital de Salud  |
| 12 | Realizar el seguimiento administrativo a los requerimientos logísticos y operativos del proyecto, apoyando la gestión oportuna de solicitudes relacionadas con transporte, insumos, equipos y demás recursos necesarios para el desarrollo de las actividades en territorio.  |

**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° 74338258	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/04	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/04	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/04	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.800</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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>MARCELA TRIVIÑO CORTES</i> <i>PS_3669_2026_E61554</i></p> <hr/> <p><b>MARCELA TRIVIÑO CORTES</b> <b>CC: 52732383</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_3669_2026_E61554</i></p> <hr/> <p><b>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	---