

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARGARITA MARIA BARBOSA BOTELLO		CC:	52824924	
CORREO ELECTRÓNICO:	MARGARITABARBOSA20@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3166950333	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 8 A SUR 4 64		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Corpbanca)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	765018821

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3830 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.226.865
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



MARGARITA MARIA BARBOSA BOTELLO
PS_3830_2026_93CA09

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARGARITA MARIA BARBOSA BOTELLO

CC: 52824924

CEL: 3166950333

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARGARITA MARIA BARBOSA BOTELLO

CON C.C N° **52.824.924**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV ENFERMERO A CON LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3830 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/15
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.547.860	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.547.860	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (1) MES Y DIECISEIS (16) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUIS FERNANDO JOYA JOYA

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)

- | 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 | 1. ACTUALIZAR, DOCUMENTAR Y MANTENER EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL PARA RIESGO BIOLÓGICO Y EL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO QUÍMICO, GARANTIZANDO SU ARTICULACIÓN CON EL SG-SST Y LA APLICACIÓN DEL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO DE CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE PRODUCTOS QUÍMICOS (SGA/GHS), CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE. |
| 2 | 2. DISEÑAR, EJECUTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEFINIDAS EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL DE RIESGO BIOLÓGICO Y EN EL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO QUÍMICO, INCORPORANDO CRITERIOS TÉCNICOS DEL SGA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL. |
| 3 | 3. CARACTERIZAR LOS PROCESOS, PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS DESARROLLADOS POR LOS COLABORADORES EXPUESTOS A RIESGO BIOLÓGICO Y QUÍMICO, Y ELABORAR, ACTUALIZAR O ESTANDARIZAR PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO, TENIENDO EN CUENTA LA CLASIFICACIÓN DE PELIGROS, PICTOGRAMAS, FRASES H Y P Y DEMÁS ELEMENTOS ESTABLECIDOS POR EL SGA. |
| 4 | 4. REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LOS ACCIDENTES DE TRABAJO, INCIDENTES Y EXPOSICIONES OCUPACIONALES ASOCIADAS A RIESGO BIOLÓGICO Y QUÍMICO, ANALIZANDO SU RELACIÓN CON EL MANEJO, ALMACENAMIENTO, USO Y DISPOSICIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL SGA, Y DEFINIENDO MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN CONJUNTO CON COPASST, JEFATURAS Y SUPERVISORES. |
| 5 | 5. IMPLEMENTAR ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LA EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS Y QUÍMICOS, PROMOVRIENDO COMPORTAMIENTOS SEGUROS Y EL USO ADECUADO DE LOS CONTROLES OPERATIVOS, ADMINISTRATIVOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, CONSIDERANDO LOS PELIGROS IDENTIFICADOS Y CLASIFICADOS BAJO EL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO. |
| 6 | 6. PARTICIPAR Y APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DIVULGACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y FORMACIÓN A LOS COLABORADORES EN TEMAS RELACIONADOS CON: LA POLÍTICA DEL SG-SST, NORMAS DE BIOSEGURIDAD, MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS, INTERPRETACIÓN DE ETIQUETAS, HOJAS DE DATOS DE SEGURIDAD (HDS/FDS) Y PICTOGRAMAS DEL SGA, REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y CONDICIONES INSEGURAS. |
| 7 | 7. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS REPORTE DE ACCIDENTALIDAD Y DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL DERIVADOS DE LA EXPOSICIÓN A RIESGO BIOLÓGICO Y QUÍMICO, INCLUYENDO LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO QUÍMICO Y EL SGA. |
| 8 | 8. ARTICULAR LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO QUÍMICO CON EL PLAN DE EMERGENCIAS INSTITUCIONAL, INCORPORANDO ESCENARIOS DE EMERGENCIA ASOCIADOS A SUSTANCIAS QUÍMICAS PELIGROSAS, DERRAMES, FUGAS, INCENDIOS O REACCIONES PELIGROSAS, CONFORME A LA CLASIFICACIÓN SGA. |
| 9 | 9. PLANEAR Y EJECUTAR INSPECCIONES PERIÓDICAS Y VISITAS TÉCNICAS A LAS INSTALACIONES Y PUESTOS DE TRABAJO, CON PARTICIPACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS (COPASST, LÍDERES, COORDINADORES DE ÁREA, REFERENTES DE PROCESO), VERIFICANDO EN CAMPO: CUMPLIMIENTO DEL SGA (ROTULADO, ETIQUETADO Y SEÑALIZACIÓN), DISPONIBILIDAD Y ACTUALIZACIÓN DE HOJAS DE DATOS DE SEGURIDAD, CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO Y COMPATIBILIDAD QUÍMICA, APLICACIÓN DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y ESTÁNDARES TÉCNICOS VIGENTES.GESTIONAR Y COORDINAR LA REALIZACIÓN DE MEDICIONES AMBIENTALES, CUANDO APLIQUE, PARA LA EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A AGENTES QUÍMICOS, ASÍ COMO EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y LA FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES TÉCNICAS. |

10	10. ELABORAR INFORMES TÉCNICOS Y REPORTES PERIÓDICOS RELACIONADOS CON EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL RIESGO BIOLÓGICO Y QUÍMICO, INCLUYENDO ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DEL SGA, IDENTIFICACIÓN DE CASOS BAJO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, TENDENCIAS DE ACCIDENTALIDAD Y NECESIDADES DE INTERVENCIÓN.
11	11. GESTIONAR Y ARTICULAR LOS RECURSOS, ACCIONES E INSUMOS NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO QUÍMICO Y BIOLÓGICO, EN COORDINACIÓN CON OTROS PROCESOS INSTITUCIONALES (IACS, GESTIÓN AMBIENTAL, INFRAESTRUCTURA, DIRECCIONES TÉCNICAS DE SERVICIOS DE SALUD, PROCESOS DE APOYO), GARANTIZANDO LA COHERENCIA CON LOS LINEAMIENTOS DEL SGA.
12	12. ELABORAR, ACTUALIZAR Y MANTENER EL INVENTARIO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS PELIGROSAS, ASEGURANDO SU CORRECTA CLASIFICACIÓN CONFORME AL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO, Y APLICAR METODOLOGÍAS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO QUÍMICO (CUALITATIVAS Y/O CUANTITATIVAS) QUE PERMITAN PRIORIZAR INTERVENCIONES.
13	13. APOYAR LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE AUTOCUIDADO Y FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ASÍ COMO EJECUTAR JORNADAS MASIVAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ARTICULADAS CON LOS PLANES Y PROGRAMAS DEL SG-SST, INCLUYENDO MENSAJES PREVENTIVOS ASOCIADOS AL RIESGO BIOLÓGICO Y QUÍMICO.
14	14. DEFINIR, DESARROLLAR Y EJECUTAR UN PLAN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN EN RIESGO BIOLÓGICO Y RIESGO QUÍMICO, QUE INCLUYA DE MANERA OBLIGATORIA CONTENIDOS SOBRE: SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO (SGA/GHS), MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS, INTERPRETACIÓN DE HDS Y BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE EXPOSICIONES OCUPACIONALES.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 83562132	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/19	\$ 220.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/19	\$ 282.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/19	\$ 43.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 546.300

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



MARGARITA MARIA BARBOSA BOTELLO
PS_3830_2026_93CA09

MARGARITA MARIA BARBOSA BOTELLO
CC: 52824924



LUIS FERNANDO JOYA JOYA

PS_3830_2026_93CA09

LUIS FERNANDO JOYA JOYA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52824924	MARGARITA MARIA BARBOSA BOTELLO		CRA 5 N 12 14 SUR	6014919631	margaritabarbosab20@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83562132	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$557.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	11	1.800	0	220.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	11	2.300	0	282.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	11	400	43.100			427	43.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	11	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	220.700
Pensión	1	280.200	282.500
Riesgos Laborales	1	42.700	43.100
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.400	557.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52824924	MARGARITA MARIA BARBOSA BOTELLO		CRA 5 N 12 14 SUR	6014919631	margaritabarbosab20@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83562132	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$557.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TAP	IP	IP	IP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52824924	BARBOSA BOTELLO MARGARITA MARIA	BARBOSA BOTELLO MARGARITA MARIA	59	0			N									X								25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA