

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO		CC:	52732425	
CORREO ELECTRÓNICO:	GINNARODRIGUEZ653@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3224404944	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10A 23 22		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	473970040654

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1250 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.537.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO  
PS\_1250\_2026\_A435D1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO

CC: 52732425

CEL: 3224404944

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

**GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO**

**CON C.C N°**

**52.732.425**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1250 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.411.600	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>270</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14.202.600	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.537.000
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS:** CINCO (5) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL LA VICTORIA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

**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  | Cumpro con la organización, limpieza y desinfección del área, así como con los elementos necesarios para la ejecución de actividades, diligenciando los registros en libro y en los formatos correspondientes.   |
| 2  | Aseguro la correcta conservación y administración de la leche materna para los servicios de neonatología, diligenciando listas de chequeo.   |
| 3  | Participo de forma periódica en actividades de capacitación para el fortalecimiento del conocimiento sobre el Código Internacional de Lactancia Materna.   |
| 4  | Informo oportunamente a la supervisión sobre cualquier novedad relacionada con equipos, materiales o insumos del área, tanto verbalmente como mediante los registros establecidos.   |
| 5  | Garantizo la inocuidad, manipulación, preparación y distribución de las fórmulas Cumpro con la normatividad vigente en cuanto a mi desempeño y permanencia en el área de trabajo asignada, diligenciando los formatos de distribución de fórmulas lácteas. |
| 6  | Velé por la inocuidad, el correcto manejo, la preparación y dispensación de las fórmulas lácteas y enterales, siguiendo la dosificación y prescripción dietaria, asegurando siempre la calidad microbiológica y nutricional                                |
| 7  | Registro de manera precisa en los formatos establecidos las condiciones de temperatura y humedad en el área de trabajo.  |
| 8  | Participo en reuniones y capacitaciones programadas para la supervisión, registrando mi asistencia en las actas correspondientes.  |
| 9  | Realizo la limpieza, desinfección y esterilización del material requerido para la preparación y administración de las fórmulas lácteas y enterales, dejando soporte en los formatos de entrega y recibo.   |
| 10 | Ejecuto las actividades propias de mi oficio de acuerdo con las normas y reglamentos establecidos para garantizar el cumplimiento del objeto contractual y las necesidades del servicio.   |
| 11 | Cumpro con la programación de la agenda o concertación del cronograma en el desarrollo de actividades, según lo establecido en los formatos de necesidad de personal.  |
| 12 | Desarrollé mis actividades en cualquiera de las unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E., de acuerdo con la asignación realizada por el supervisor.   |

**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?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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° 9503459499	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 261.600

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**



*GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO*  
*PS\_1250\_2026\_A435D1*

**GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO**  
**CC: 52732425**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL*  
*PS\_1250\_2026\_A435D1*

**FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO*  
*PS\_1250\_2026\_A435D1*

**MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**