

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ		CC:	1074131608	
CORREO ELECTRÓNICO:	ZULE0203@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3124162860	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 N° 67D - 81 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488416090410

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1402 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.008.560
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ
PS_1402_2026_2A5073

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ

CC: 1074131608

CEL: 3124162860

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

ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ

CON C.C N°

1.074.131.608

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1402 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 28.338.960	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.023.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.008.560
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NELSON JAVIER MALDONADO AVENDAÑO
-------------------------------	----------------------------------

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 las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel cientifico, etico y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clinicas generadas en la atencion medica procuraran el mejoramiento de la salud del paciente.
2	Brindar una atencion en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con enfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion.
3	Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.
4	Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfaccion sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atencion.
5	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion.
6	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
7	Emitir conceptos medicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
8	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma
9	Reportar al area de recursos fisicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales
10	Apoyar la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
11	Cantidad de horas realizadas en el proceso: 184 horas en el mes de mayo.

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 sus 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° 9503294117	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/27	\$ 362.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/27	\$ 464.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/27	\$ 70.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 897.200



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	 <p>ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ PS_1402_2026_2A5073</p> <hr/> <p>ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ CC: 1074131608</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1402_2026_2A5073</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p>NELSON JAVIER MALDONADO AVENDAÑO PS_1402_2026_2A5073</p> <hr/> <p>NELSON JAVIER MALDONADO AVENDAÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1074131608		CRUZ GUTIERREZ ZULEIMA YARENNIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 11 67D-81 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6598630	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	340777042	9503294117	I	2026/05/06	2026/05/27	BANCO DAVIVIENDA	21	\$910,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES								
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vspl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
1	CC	1074131608	CRUZ ZULEIMA																		23100	30	\$2,900,000	\$464,000	EPS008	30	\$2,900,000	\$362,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,900,000	2.436%	\$70,700	0	\$0	\$0	No	\$897,200
Total Afiliados(1)																					\$2,900,000	\$464,000		\$2,900,000	\$362,500		\$0	\$0		\$2,900,000		\$70,700		\$0	\$0		\$897,200					

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$464,000	\$7,000	\$0	\$471,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$464,000	\$7,000	\$0	\$471,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$70,700	\$1,100	\$0	\$71,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$70,700	\$1,100	\$0	\$71,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$362,500	\$5,500	\$0	\$368,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$362,500	\$5,500	\$0	\$368,000
TOTAL				1	\$897,200	\$13,600	\$0	\$910,800



Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 1402 2026 24-03-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1402 2026 24-03-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 1402 2026 CRP -9820.pdf	1 PS 1402 2026 CRP -9820.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS_1402_2026_MARZO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_1402_2026_MARZO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >