

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MARINA GONZALEZ AVILA		CC:	51670371
CORREO ELECTRÓNICO:	LUZGON_2008@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3202382800
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 34 41 36 SUR		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 008400692433

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1206 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.793.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



LUZ MARINA GONZALEZ AVILA
 PS_1206_2026_F2E021

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUZ MARINA GONZALEZ AVILA
 CC: 51670371
 CEL: 3202382800

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

LUZ MARINA GONZALEZ AVILA

CON C.C N°

51.670.371

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1206 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.172.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.172.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.793.100
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	--------------------

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

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	1.- APERTURE 6896 CUPOS PARA EL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS EN LOS CENTROS MEDICOS Y HOSPITALES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
2	2.- REALICE ENTREGA DE 18 ESTUDIOS REALIZADOS A DIFERENTES USUARIOS
3	3.- EN AGILSALUD SE DIO RESPUESTA A 25 PQR Y 5 TUTELAS
4	4.- REALICE 21 LLAMADAS TELEFONICAS A DIFERENTES USUARIOS PRA DAR INFORMACION DE CITAS ASIGNADAS
5	5.- AGENDE 112 ESTUDIOS DE TOMOGRAFIA CONTRASTADA, SEGUN DRIVE QUE SE MANEJA CON RED UT
6	6.- AGENDE 328 CITAS (SE VAIDA EN DINAMICA) PARA DIFERENTES ENTES COMO : CARCEL DISTRITAL, HOGARES LUZ Y VIDA, USUARIOS DE OTRAS EPS
7	7.- ASISTI A REUNION DE PQR Y AGENDAS DE IMAGENELOGIA
8	8.- REALICE 6 APERTURAS DE HC PARA USUARIOS DE OTRAS EPS
9	9.- REALICE ACOMPAÑAMIENTO Y DILIGENCIAMIENTO A USUARIOS PARA TRAMITAR Y AGILIZAR FACTURACION Y ORDEN MEDICA
9	9.- REALICE ACOMPAÑAMIENTO Y DILIGENCIAMIENTO A USUARIOS PARA TRAMITAR Y AGILIZAR FACTURACION Y ORDEN MEDICA
10	10.- ESTAR ATENTA A LAS NECESIDADES QUE SE PRESENTAN DIARIAMENTE EN EL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

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° 85064311	OPERADOR:	ARUS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR	2026/05/15	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/15	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/15	\$ 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p><i>LUZ MARINA GONZALEZ AVILA</i> <i>PS_1206_2026_F2E021</i></p> <hr/> <p>LUZ MARINA GONZALEZ AVILA CC: 51670371</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> <i>PS_1206_2026_F2E021</i></p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

