

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA ALEJANDRA FRANCO ROMERO		CC:	1023971177	
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURAFRANCO604@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3132529904	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 10 SUR 11A 40 CA 12		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488452675462

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2756 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.593.940
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		



LAURA ALEJANDRA FRANCO ROMERO
PS_2756_2026_78E1BA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LAURA ALEJANDRA FRANCO ROMERO

CC: 1023971177

CEL: 3132529904

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

LAURA ALEJANDRA FRANCO ROMERO

CON C.C N°

1.023.971.177

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2756 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 22.375.760	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.969.700	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.593.940
---	---------------	--	--------------

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

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER
-------------------------------	------------------------------

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	1. Cronograma de las actividades a realizar en el mes. 2. Se envían informe PAMEC del mes de abril al correo de la referente tecnico de infecciones 3. 32 de la Unidad de Santa Clara y 12 de las unidades ambulatorias que están en la base "formato_BAI_IAAS_2026" 4. Frente a alerta de brote en la UCI P del Hospital Santa Clara se entrega información de la adherencia de higiene de manos del servicio de Mayo al 22/05, que se encuentra en la base de Almera de los 5 momentos. 5. Se hace seguimiento de los resultados en al base de almer y se alimenta el power BI quincenal (soporte power BI) y se cargan 65 observaciones de unidades ambulatorias. 6. Se participa en 1 inducción institucional (acta gestión del conocimiento), servicios generales primera de mayo y en una del proceso de PHD. 7. Se realiza el envío a SDS el día 13/05 del reporte bimensual 8. Para el mes de mayo se tienen asignadas 3 acciones de mejora (7015,7033,7014) y en todas era el planear 9. Se relaizan reuniones con los lideres de las diferentes unidades para fortalecer el número de observadores en cada una, al igual que con gestión del conocimiento, estas actas estan en la carpeta de BAJAS 10. Se participa el 26/05 en el comité asistencial . 11. Se asiste al comité distrital del 08/05 y como coporte la lista de asitencia está en la carpeta IAAS en la de BAJAS dentro de Mayo 12. El plan de acción está dentro de la carpeta de higiene de manos y el ultimo seguimiento fue en el comité de abril, dado que es trimestral. 13. Asistencia a reunión de la oficina de caldiad el 05/05, se aplican listas de chequeo en servicios de 5 unidades ambulatorias, se sustenta auditoria de Coosalud en la unidad de Samper Mendoza, se hace seguimiento al indicador de consumo de alcohol gel glicerinado, digitación de las observaciones realizadas por enfermeria del mes vencido, capacitación de los nuevos observadores de higiene de manos, ronda de seguimiento a la unidad de Antonio Nariño con habilitación, traslado de insumos a sedes ambulatorias
-------------	--

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° 76917513	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 279.693
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 358.008

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 54.506
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 692.207

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 ibr 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>LAURA ALEJANDRA FRANCO ROMERO</i> <i>PS_2756_2026_78E1BA</i></p> <hr/> <p>LAURA ALEJANDRA FRANCO ROMERO CC: 1023971177</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER</i> <i>PS_2756_2026_78E1BA</i></p> <hr/> <p>MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>