

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ			CC:	1010175486
CORREO ELECTRÓNICO:	CAROCENTRORIENTE@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3202360163
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 45F SUR 3G ESTE 58			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400724327
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3402 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.352.900	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ PS_3402_2026_7BAC2B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ CC: 1010175486 CEL: 3202360163					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ

CON C.C N° 1.010.175.486

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3402 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.980.270	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.345.820	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.352.900
--	--------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY
---	------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
------------------------	--------------------------------

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	Realice actividades de higiene bucal siguiendo el estándar institucional de 10 actividades por hora
2	Brindar soporte en los servicios de odontología y entregar la información o soportes que se requieran según el objeto contractual
3	Limpieza y Esterilización: Apoyar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización bajo los protocolos de la institución
4	Asistencia al Odontólogo: Apoyar la ejecución de las actividades que realiza el odontólogo del servicio
5	Participar en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred.
6	Desarrollar las actividades en cualquiera de las Unidades de la Subred Centro Oriente según lo asigne el supervisor. Obligaciones Generales y de Gestión
7	Cumplir el objeto del contrato de manera personal, autónoma y sin subordinación
8	Garantizar la calidad técnica y humana del servicio, informando al paciente y su familia para asegurar una atención segura y humanizada.
9	Cumplir estrictamente con las normas de bioseguridad y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), utilizando los elementos de protección personal.
10	Preparar y presentar informes mensuales, cargando a la plataforma SECOP II la cuenta de cobro y el informe aprobado por el supervisor.
11	Organizar y controlar los archivos (físicos y digitales) generados en su gestión, conforme a las Tablas de Retención Documental (TRD) y la Ley de Archivo.
12	Realizar el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social (Salud, Pensión y ARL) de forma independiente y acreditarlo para los pagos.
13	Asistir a procesos de inducción, reinducción, capacitaciones, actividades de prevención, promoción y comités cuando sea requerido.
14	Reserva y Ética: Mantener la confidencialidad de la información y obrar bajo el Código de Buen Gobierno y Ética Institucional.
15	Participar en actividades de docencia e investigación si el supervisor lo asignada

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° 77230149	OPERADOR:	MI PLANILLA
------------------	-------------	-----------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 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	 DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ PS_3402_2026_7BAC2B DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ CC: 1010175486		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_3402_2026_7BAC2B GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO		