

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GERALDYNE HERRERA CONTRERAS		CC:	1030682886
CORREO ELECTRÓNICO:	GERALDYNEHERRERA@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3197873916
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 35C SUR N° 78F - 24		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 488420530740

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1173 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.843.840
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



GERALDYNE HERRERA CONTRERAS
 PS_1173_2026_9CF91D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GERALDYNE HERRERA CONTRERAS

CC: 1030682886

CEL: 3197873916

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

GERALDYNE HERRERA CONTRERAS

CON C.C N°

1.030.682.886

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO FISIOTERAPEUTA 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 1173 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	192
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.894.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.843.840
---	---------------	--	--------------

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

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA
-------------------------------	---------------------------

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 601 sesiones de terapia física EN EL AMBITO AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA, con 49 inasistencias
2	Realice 601 respuesta de interconsultas, brinde atencion personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumpli con los protocolos y guias de atencion para garantizar que la atencion sea pertinente y efectiva, documente en la historia clinica todas las sesiones de terapia .fisica de la atencion brindada con reporte de lo hecho en la atencion
3	Conozco y cumpla con las politicas y procedimientos establecidos pos la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, conozco y cumpla los roles y responsabilidades asignados de la estructura organica de la Subred Cnetro Oriente, ademas conozco y cumpla la vision y mision de la Subre Centro Oriente
4	Realice actividades de (plan casero) 35 pacientes por mes
5	35 adherencias en planes caseros, 10 a 15 sesiones por paciente se retroalimentan los ejercicios y se documenta en la historia clinica
6	Entrega de informe de producción mensual (29/05/2026), informe de drive plan casero (29/05/2026)
7	Realice registro completo y con calidad de (601 historias clinicas) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
8	realice 31 formatos de consentimiento infomado
9	Garantice la privacidad de la historia clinica del paciente
10	Asisti a la capacitacion del equipo (ELIPTICA, BICICLETA ESTATICA, MULTIFUERZA) 20/05/2026
11	Asisti a la reunion 25 de MAYO (SOCIALIZACION DEL MODELO MAS BIENESTAR) en representacion del servicio de terapia y rehabilitacion
12	Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfeccion

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° 81674323	OPERADOR:	MI PLANILLA
-------------------------	-------------	------------------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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>GERALDYNE HERRERA CONTRERAS</i> <i>PS_1173_2026_9CF91D</i></p> <hr/> <p>GERALDYNE HERRERA CONTRERAS CC: 1030682886</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</i> <i>PS_1173_2026_9CF91D</i></p> <hr/> <p>ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>