

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDI MELISA BOHORQUEZ HURTADO			CC:	1010000994
CORREO ELECTRÓNICO:	901YUDIBOHORQUEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3209774711
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 70 c sur # 17 a 11			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488413071181
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3142 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.963.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				



YUDI MELISA BOHORQUEZ HURTADO
PS_3142_2026_E0FCFD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YUDI MELISA BOHORQUEZ HURTADO
CC: 1010000994
CEL: 3209774711

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YUDI MELISA BOHORQUEZ HURTADO

CON C.C N° 1.010.000.994

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECN?LOGO DE APOYO A LA GESTI?N II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3142 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/10
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.361.233	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.325.033	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.963.800
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

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	DILIGENCIAMIENTO DE FORMULARIO DE TEMPERATURA Y HUMEDAD.
2	DILIGENCIAMIENTO DE FORMULARIO DE RECEPCION TECNICA
3	ORDEN DE DESPACHO A LAS DIFERENTES AREAS DE LA UNIDAD SANTA CLARA
4	SEGUIMIENTO Y REPORTE DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS PROXIMOS A VENCER
5	ALISTAMIENTO DE PEDIDOS PARA LAS FARMACIAS Y LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA UNIDAD
6	CREACION DE CUM DE DISPOSITIVOS Y MEDICAMENTOS EN DINAMICA WEB

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° 1082315189	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/26	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/26	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/26	\$ 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



YUDI MELISA BOHORQUEZ HURTADO

PS_3142_2026_E0FCFD

YUDI MELISA BOHORQUEZ HURTADO

CC: 1010000994

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ

PS_3142_2026_E0FCFD

JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

PS_3142_2026_E0FCFD

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

SUPERVISOR DEL CONTRATO