

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA MILENA ALAPE VANEGAS			CC:	1110488941
CORREO ELECTRÓNICO:	adrianamilenala19,89@gmail.com			TELÉFONO:	3057105917
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 22B ESTE 55 13			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	1992000905
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3491 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.291.130	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 ADRIANA MILENA ALAPE VANEGAS PS_3491_2026_CF78BB NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ADRIANA MILENA ALAPE VANEGAS CC: 1110488941 CEL: 3057105917					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ADRIANA MILENA ALAPE VANEGAS			
CON C.C N°		1.110.488.941	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3491 2026	FECHA INICIO CONTRATO
			2026/03/12
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.443.013	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.734.143	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.291.130
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA		
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	1. GESTIONAR, ORGANIZAR, PLANIFICAR, ATENDER Y REALIZAR LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, DE SOPORTE Y APOYO A LA INSTITUCION EN LA UNIDAD EN LA QUE ESTE ASIGNADO. 2. DAR CUMPLIMIENTO A LOS ESTANDARES DE PRODUCCION DE LOS SERVICIOS ASIGNADO SEGUN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION. 3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS DE LA UNIDAD DE SERVICIOS ASIGNADA, EMITIENDO RESPUESTA EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS. 4. REALIZAR TRABAJO COORDINADO CON LAS DIFERENTES AREAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL LOGRO DE LAS ACCIONES Y/O ACTIVIDADES PLASMADAS EN LOS PLANES A DE ACCION 5. GESTIONAR CAMA HOSPITALARIA, OPORTUNIDAD DE TRIAGE, HOSPITALIZACION Y REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE SERVICIOS HOSPITALARIOS ASIGNADA. 6. GARANTIZAR LA RACIONALIZACION EN EL USO Y CONTROL DE INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA UNIDAD. 7 SUPERVISAR LA PROGRAMACION DE TURNOS Y ACTIVIDADES DEL TALENTO HUMANO, DE ACUERDO CON LA CAPACIDAD INSTALADA Y LA SUFICIENCIA DE PERSONAL DEFINIDA POR LA SUBRED. 8. REALIZAR LA NOTIFICACION DE NOVEDADES DEL PERSONAL DE PLANTA Y COLABORADORES AL LIDER DE LA UNIDAD. 9. APOYAR LA SUPERVISION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE AQUELLOS CONTRATOS QUE LE SEAN ASIGNADOS, HACIENDO SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS CONTRATOS QUE LE SEAN ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR. 10. PRESENTAR AL SUPERVISOR INFORME DEL SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DE LOS CONTRATOS ASIGNADOS. 11. VERIFICAR QUE EL INFORME DE ACTIVIDADES CUENTA DE COBRO, MODIFICACIONES CONTRACTUALES, DOCUMENTOS DE LOS CONTRATOS QUE LE SEAN ASIGNADOS SE ENCUENTREN CARGADOS EN LA PLATAFORMA SECOP II. 13.EJERCER TODOS Y CADA UNO DE LOS DEBERES SEÑALADOS EN EL MANUAL DE CONTRATACION DE LA ENTIDAD O EL QUE LO REEMPLACE. 14. ASISTIR A LES REUNIONES PROGRAMADAS POR QUIEN EJERCE LA SUPERVISION DEL CONTRATO Y SUS AREAS DE DEPENDENCIA. 15. ADHERIRSE Y REALIZAR SOCIALIZACION Y SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS, GUIAS DE MANEJO, INSTRUCTIVOS, MANUALES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES. 16. CUMPLIR Y VIGILAR LA ADHERENCIA AL MANUAL DE BIOSEGURIDAD. 17. REALIZAR LA NOTIFICACION OBLIGATORIA DE SUCESOS DE SEGURIDAD, INFECCIONES. 18. CUMPLIR CON LAS CAPACITACIONES VIRTUALES O PRESENCIALES QUE LA SUBRED CONVOQUE Y PRESENTAR LA CERTIFICACION CORRESPONDIENTE. 19. ALIMENTAR PERMANENTEMENTE LOS SISTEMAS DE INFORMACION QUE ESTAN A SU CARGO Y MANTENERLOS AL DIA, REALIZANDO EL ANALISIS RESPECTIVO. 20. SALVAGUARDAR LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS PUESTOS A DISPOSICION PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL. 21. ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO DE LOS COMITES INTRA Y EXTRAINSTITUCIONALES, CUANDO SEA REQUERIDO. 22. PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SISTEMA UNICO DE HABILITACION, ACREDITACION Y PAMEC EN SALUD DE LA SUBRED. 23. APOYAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 24. REALIZAR INFORMES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION ACORDE A LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PLANES DE MEJORA DE ACUERDO CON SOLICITUD DEL SUPERVISOR Y/O ENTES DE CONTROL.		
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, <u>CERTIFICO</u> 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° 9503609333	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	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 ningún 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	 ADRIANA MILENA ALAPE VANEGAS PS_3491_2026_CF78BB ADRIANA MILENA ALAPE VANEGAS CC: 1110488941		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_3491_2026_CF78BB DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA PS_3491_2026_CF78BB DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110488941		ALAPE VANEGAS ADRIANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 22 n 55 13	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	302904980		9503609333	I	2026/05/12	2026/05/12	DAVibank S.A.	\$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1110488941	ALAPE ADRIANA	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS017	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF22	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110488941		ALAPE VANEGAS ADRIANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 22 n 55 13	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	302904980	9503609333	I	2026/05/12	2026/05/12	DAVibank S.A.	0	\$576,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$576,900	\$0	\$0	\$576,900	