

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALBA MYRIAM GALVIS URBANO			CC:	52168395
CORREO ELECTRÓNICO:	AMYRIAMGALVIS@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3124982123
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2B ESTE 49C 30 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480343956
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3831 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.873.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 ALBA MYRIAM GALVIS URBANO PS_3831_2026_A64A33 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALBA MYRIAM GALVIS URBANO CC: 52168395 CEL: 3124982123					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ALBA MYRIAM GALVIS URBANO

CON C.C N°52.168.395

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 3831 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/04/16

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$1.532.320No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$6.436.566VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.873.100

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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)

- 1Realizar la apropiación conceptual, técnica y operativa de la Resolución 00000711 del 24 de abril de 2025, el Lineamiento técnico-operativo de Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento, así como de todas aquellas normas que las modifiquen, adicionen o complementen, en el marco del Modelo Preventivo y Predictivo y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS).
- 2Prestar servicios con calidad, oportunidad y eficiencia en el desarrollo de las actividades administrativas requeridas para la implementación y operación del proyecto Equipos Básicos en Salud (EBS), de conformidad con la Resolución 00000711 de 2025 y los lineamientos técnico-operativos vigentes.
- 3Brindar apoyo administrativo y logístico a la coordinación y supervisión del proyecto en el alistamiento, organización, seguimiento y control de las actividades programadas, contribuyendo al cumplimiento de metas, cronogramas y compromisos establecidos para la operación de los Equipos Básicos en Salud.
- 4Apoyar la organización, consolidación y seguimiento de la información administrativa y operativa del proyecto, incluyendo bases de datos, listados de talento humano, control de asistencia a reuniones y seguimiento a las actividades programadas.
- 5Gestionar los procesos de archivo, organización, custodia y conservación de los documentos físicos y digitales derivados del proyecto, de acuerdo con las normas del sistema de gestión documental vigentes en la Subred y la Tabla de Retención Documental, garantizando su disponibilidad para auditorías y requerimientos de la Secretaría Distrital de Salud
- 6Elaborar, organizar y mantener actualizadas las actas de reunión, listados de asistencia, comunicaciones y demás documentos administrativos derivados de la ejecución de la resolución y los lineamientos del proyecto.
- 7Apoyar la logística, organización y desarrollo de reuniones, comités técnicos, jornadas de seguimiento y espacios de articulación requeridos para la implementación y operación del proyecto Equipos Básicos en Salud (EBS), incluyendo la gestión de convocatorias, registro de asistencia, elaboración de actas y seguimiento a los compromisos establecidos.

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° 82613112		OPERADOR:		MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO			ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:			COMPENSAR		2026/05/14		\$ 218.900	
PENSIÓN:			COLPENSIONES		2026/05/14		\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:			SEGUROS BOLIVAR		2026/05/14		\$ 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				 ALBA MYRIAM GALVIS URBANO PS_3831_2026_A64A33 ALBA MYRIAM GALVIS URBANO CC: 52168395				
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO				 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_3831_2026_A64A33 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO				