

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	INDRID ROSANA SANCHEZ SOSA			CC:	52900064
CORREO ELECTRÓNICO:	SAMARA2014INGRID@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3124435458
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31A BIS SUR 23D 21			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400757699
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3053 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.328.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
<div><div>INDRID ROSANA SANCHEZ SOSA PS_3053_2026_A1DA20</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: INDRID ROSANA SANCHEZ SOSA CC: 52900064 CEL: 3124435458</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
INDRID ROSANA SANCHEZ SOSA

CON C.C N° 52.900.064

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3053 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.312.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.968.720	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ARCHIVO CENTRAL PUENTE ARANDA
---	-------------------------------

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	1.Realizar el cotejo de inventario documental físico contra el sistema de dinámica 3169 historias clínicas del Hospital de la Victoria y Hospital materno infantil. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/12onha3GvXm2HldF0I2brQQjhIhD1L1AI?usp=drive_link
---	---

2	2.Se realiza verificación en el aplicativo de Dinámica Gerencial de las historias clínicas desde 20743931 hasta 24600949 se diligencia el respectivo Formato Único de Inventario Documental FUID De historias clínicas activas Hospital de la Victoria y Hospital materno infantil total 1893 registros nombres apellidos fecha inicial fecha final. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/12onha3GvXm2HldF0I2brQQjhIhD1L1AI?usp=drive_link
---	--

3	3.Realizar en inventario documental historias clínicas inactivas total 1276 registros inventario total de 46 cajas x300 Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/12onha3GvXm2HldF0I2brQQjhIhD1L1AI?usp=drive_link
---	---

4	4.Se revisan contra sistema las historias clínicas y se separan por años según ultima fecha de atención. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/12onha3GvXm2HldF0I2brQQjhIhD1L1AI?usp=drive_link
---	--

5	5.Durante el mes de junio, no se realizó esta obligación específica ya que se estaba realizando otras actividades
---	---

6	6.Durante el mes de junio, no se realizó esta obligación específica ya que se estaba realizando otras actividades.
---	--

7	7.Durante el mes de junio, no se realizó esta obligación específica ya que se estaba realizando otras actividades
---	---

8	8.Se recibieron historias clínicas del Hospital La Victoria por parte de facturación de los servicios de urgencias y de hospitalización total de 225. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/12onha3GvXm2HldF0I2brQQjhIhD1L1AI?usp=drive_link
---	---

9	9.Durante el mes de junio no se realizó esta obligación específica ya que se estaba realizando otras actividades.
---	---

10	10.Se reciben por parte de odontología consentimientos informado de procedimientos odontológicos realizados a los pacientes en el mes de junio total 101. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/12onha3GvXm2HldF0I2brQQjhIhD1L1AI?usp=drive_link
----	---

11	11.Se cumple con las metas y actividades establecidas por la referente de Gestión Documental.
----	---

12	12.Planilla de pago de seguridad social número 88254943 correspondiente al mes de mayo 2026. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/12onha3GvXm2HldF0I2brQQjhIhD1L1AI?usp=drive_link
----	--

13	13.Se diligencia correctamente las actividades realizadas según las obligaciones específicas del contrato, en el nuevo aplicativo. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/12onha3GvXm2HldF0I2brQQjhIhD1L1AI?usp=drive_link
----	--

14	14.Se realiza el cargue de soportes para el pago del mes de junio en el SECOP II.
----	---

15	15.Se acepta adicción al contrato 3053 del 2026
----	---

16	16.Mantuve reserva y discreción frente a la información que, por razones del cumplimiento de las obligaciones contractuales, estuvo a mi cargo.
17	17.Esta actividad debe realizarse al finalizar el contrato

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 88254943	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 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	<div><div>INDRID ROSANA SANCHEZ SOSA PS_3053_2026_A1DA20</div></div> <div>INDRID ROSANA SANCHEZ SOSA CC: 52900064</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA PS_3053_2026_A1DA20</div></div> <div>ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN PS_3053_2026_A1DA20</div></div> <div>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

--	--

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52900064	INGRID ROSANA SANCHEZ SOSA		calle 31a bis sur 23d 21	2460668	SAMARA2014INGRID@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88254943	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludro Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAF	TAP	VST	VSP	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52900064	SANCHEZ SOSA INGRID ROSANA	59	0		N																231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA