

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO		CC:	52732425	
CORREO ELECTRÓNICO:	GINNARODRIGUEZ653@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3224404944	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10A 23 22		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	473970040654

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1250 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.144.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30		



GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO
PS_1250_2026_527712

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO

CC: 52732425

CEL: 3224404944

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

GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO

CON C.C N°

52.732.425

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 1250 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	240
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.075.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.144.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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	Garantizo la inocuidad, manipulación, preparación y distribución de las fórmulas Cumpló con la normatividad vigente en cuanto a mi desempeño y permanencia en el área de trabajo asignada, diligenciando los formatos de distribución de fórmulas lácteas.
2	Registro adecuadamente en los formatos respectivos las condiciones de humedad y temperatura en el área.
3	Participo en reuniones y capacitaciones programadas para la supervisión, registrando mi asistencia en las actas correspondientes.
4	Ejecuto las actividades propias de mi oficio de acuerdo con las normas y reglamentos establecidos para garantizar el cumplimiento del objeto contractual y las necesidades del servicio.
5	Desarrollé mis actividades en cualquiera de las unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E., de acuerdo con la asignación realizada por el supervisor.
6	Velé por la inocuidad, el correcto manejo, la preparación y dispensación de las fórmulas lácteas y enterales, siguiendo la dosificación y prescripción dietaria, asegurando siempre la calidad microbiológica y nutricional.
7	Cumpló con la organización, limpieza y desinfección del área, así como con los elementos necesarios para la ejecución de actividades, diligenciando los registros en libro y en los formatos correspondientes.
8	Participo de forma periódica en actividades de capacitación para el fortalecimiento del conocimiento sobre el Código Internacional de Lactancia Materna.
9	Informo oportunamente a la supervisión sobre cualquier novedad relacionada con equipos, materiales o insumos del área, tanto verbalmente como mediante los registros establecidos.
10	11. Atiendo la programación de agendas o concertación de cronogramas para el desarrollo de mis actividades, de acuerdo con los formatos de necesidad de personal.
11	Garantizo la adecuada conservación y entrega de la leche materna destinada a los servicios de neonatología, utilizando listas de verificación.
12	Realizo la limpieza, desinfección y esterilización del material requerido para la preparación y administración de las fórmulas lácteas y enterales, dejando soporte en los formatos de entrega y recibo.

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° 9505016173	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/12	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/12	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 261.600

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



GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO

PS_1250_2026_527712

GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO

CC: 52732425

FIRMA DE QUIEN VALIDA



FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL

PS_1250_2026_527712

FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL

SUPERVISOR ALTERNO

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



MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

PS_1250_2026_527712

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO