

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ		CC:	1023882242	
CORREO ELECTRÓNICO:	ALEXAGOMEZ2101614@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	1111111111	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40 ESTE SUR 3C 40 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	23310832715

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1025 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.751.000
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		



YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
PS_1025_2026_3A9F38

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
CC: 1023882242
CEL: 1111111111

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

YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ

CON C.C N°

1.023.882.242

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 1025 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	210
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.436.200	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.751.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

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 | Aseguro la correcta conservación y administración de la leche materna para los servicios de neonatología, diligenciando listas de chequeo. |
| 2 | Participo periódicamente en actividades de fortalecimiento sobre el Código Internacional de Lactancia Materna mediante capacitaciones. |
| 3 | Cumplo con la limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales, dejando constancia en los formatos de entrega y recibo del lactario. |
| 4 | Informo oportunamente a la supervisión acerca de cualquier novedad relacionada con equipos, materiales o insumos en el área de trabajo, tanto de manera verbal como por escrito en los registros respectivos |
| 5 | Cumplo con la programación de la agenda o concertación del cronograma en el desarrollo de actividades, según lo establecido en los formatos de necesidad de personal. |
| 6 | Realizo la organización, aseo y desinfección del área, así como la preparación de los elementos necesarios para llevar a cabo mis funciones, registrando la información en los formatos y libros correspondientes. |
| 7 | Actúo conforme a la normatividad vigente respecto a mi desempeño y permanencia en el área asignada, diligenciando los formatos de distribución de fórmulas lácteas. |
| 8 | Registro de manera precisa en los formatos establecidos las condiciones de temperatura y humedad en el área de trabajo. |
| 9 | 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. |
| 10 | Ejecuto las tareas propias de mi cargo en concordancia con las normas y reglamentos vigentes, garantizando el cumplimiento del objeto contractual y las necesidades del servicio. |
| 11 | Desempeñé mis funciones en las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E., conforme a la asignación establecida por mi supervisor. |
| 12 | Asisto a las reuniones y capacitaciones convocadas por la supervisión, registrando mi participación en las actas correspondientes |

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° 86096574	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ</i> PS_1025_2026_3A9F38</p> <hr/> <p>YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ CC: 1023882242</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p><i>FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL</i> PS_1025_2026_3A9F38</p> <hr/> <p>FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> PS_1025_2026_3A9F38</p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>