

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNIE MARILYNE OSORIO ORDOÑEZ			CC:	52116434
CORREO ELECTRÓNICO:	JMAROS0114@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3058131321
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 79B 49B-16			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488416135850
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2727 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.537.000	
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				
 JENNIE MARILYNE OSORIO ORDOÑEZ PS_2727_2026_2EF546 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIE MARILYNE OSORIO ORDOÑEZ CC: 52116434 CEL: 3058131321					

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

JENNIE MARILYNE OSORIO ORDOÑEZ

CON C.C N°

52.116.434

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 2727 2026

FECHA INICIO CONTRATO

2026/02/01

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO

\$

9.746.400

No. HORAS EJECUTADAS

270

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

21.222.000

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

3.537.000

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ

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

Se presto el servicio a conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato
Se cumplió las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales.
Se respondió por los inventarios, realizando control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades
Porté el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
Recibí y entregué el turno dentro del horario establecido verificando que el área este limpia y ordenada.
Se apoyó los procesos de recibir, clasificar, preparar, esterilizar, almacenar y distribuir el material verificando la custodia del material estéril en su traslado específico a los servicios asistenciales.
Se conoció, cumplió y tener el entrenamiento necesario en el manejo de equipos de limpieza y esterilización y dispositivos médicos automatizados
Se revisó bajo inventario que el instrumental quirúrgico se encuentre completo y demás dispositivos médicos, responder por los elementos que se dañen por mal uso o desconocimiento de su uso en las actividades asignadas
Se veló por el cuidado y aprovechamiento de los insumos y EPP del servicio
Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirúrgica para la elaboración de paquetes y realizar su registro.
Se realizó las tareas de autoclaves de esterilización en cuanto acomodación de la cargas en la cámara, colocación diaria de test Bowie & Dick y el monitoreo del proceso de validación de cada carga y registro en los formatos correspondientes.
Se diligenció en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.
Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas
Se apoyó el cumplimiento obligatorio de garantía de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio y contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
Se dio cumplimiento a los procedimientos establecidos por la entidad y apoyar la implementación de los mismos y acciones de mejora para el servicio.
Se apoyó actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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° 1082691594	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2026/06/10	\$ 218.900	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	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	 JENNIE MARILYNE OSORIO ORDOÑEZ PS_2727_2026_2EF546 JENNIE MARILYNE OSORIO ORDOÑEZ CC: 52116434
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ PS_2727_2026_2EF546 DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

Fecha creación reporte: 2026-06-10, 11:02:25 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1082691594

Periodo Cotización: mayo de 2026

Periodo Servicio: mayo de 2026

Referencia pago (PIN): 8824178147

PAGADO 10/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIE MARILYNE OSORIO ORDONEZ		
Documento	CC52116434	Dirección	CR 72C #22 A - 77 INT 5 APTO 702
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3058131321
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	OSR	VST	SLN	IGE	IME	VAC	AVP	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52116434	JENNIE MARILYNE OSORIO ORDOÑEZ	59	00	C															0	0	30	30	30	(25-14)	COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(CCF21) CAFAM	\$ 1.750.905	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 576.900	\$ 700	\$ 577.600

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	PS 2727 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2727 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	1 PS 2727 2026 CRP -9560.pdf	1 PS 2727 2026 CRP -9560.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 2727 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2727 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2727 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2727 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2727 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2727 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >