

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA PATRICIA LOPEZ			CC:	52745913
CORREO ELECTRÓNICO:	PATICLAU333@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3214166208
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 27G 71D-52 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007500894840
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2728 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.855.800	
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				
 CLAUDIA PATRICIA LOPEZ PS_2728_2026_9EE2C7 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA LOPEZ CC: 52745913 CEL: 3214166208					

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

CLAUDIA PATRICIA LOPEZ

CON C.C N°

52.745.913

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 2728 2026

FECHA INICIO CONTRATO

2026/02/01

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO

\$

9.746.400

No. HORAS EJECUTADAS

218

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

17.016.900

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

2.855.800

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

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° 91606533	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/11	\$ 218.900	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/11	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/11	\$ 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	 CLAUDIA PATRICIA LOPEZ PS_2728_2026_9EE2C7 CLAUDIA PATRICIA LOPEZ CC: 52745913
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ PS_2728_2026_9EE2C7 DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91606533	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$545.100	

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																									
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludajo	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	IMA	IVA	IVA	TAF	TAF	VGP	VGP	SEN	SEN	IGP	IGP	UVA	UVA	AVP	AVP	VCT	VCT	IRL	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBSF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 52745913	LOPEZ CLAUDIA PATRICIA	59	0			N																					25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2728 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2728 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2728 2026 CRP -9561.pdf	1 PS 2728 2026 CRP -9561.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2728 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2728 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2728 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2728 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2728 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2728 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle