

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ			CC:	1026581375
CORREO ELECTRÓNICO:	DHLORENAACEVEDO0107@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3194802568
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 63 10 03 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	237430558
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2060 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.018.220	
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				
 DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ PS_2060_2026_1B8050 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ CC: 1026581375 CEL: 3194802568					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ

CON C.C N° 1.026.581.375

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2060 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 28.338.960	No. HORAS EJECUTADAS	158
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 40.146.860	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.018.220
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
---	-------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ
------------------------	------------------------------

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. PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO, REALIZANDO CONSULTAS MEDICAS CONFOME AL ESTANDAR DEFINIDO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR Y DEMANDA DE SERVICIOS, ENMARCADO DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. 2. DILIGENCIAR EL REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EN SALUD (RIPS) DE TODOS LOS USUARIOS ADECUADAMENTE. 3. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 4. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 5. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 6.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD. 7. REALIZAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACION DE: SIVIGILA Y EEVV. 8. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIOS (CAPS). 9. ELABORAR HISTORIA CLINICA Y ANEXOS A TODO PACIENTE ATENDIDO DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS POLITICAS DE LA SUBRED. 10. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 11. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR.

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° 37771083	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/06/19	\$ 316.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/19	\$ 404.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/19	\$ 61.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 782.600
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 ningún 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	 DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ PS_2060_2026_1B8050 DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ CC: 1026581375		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ PS_2060_2026_1B8050 LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		



RAZÓN SOCIAL :	DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1026581375
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-18
FECHA DE PAGO:	2026-06-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	37771083
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37771083
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 2.529.176	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 316.200	\$ 316.500
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 2.529.176	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 404.700	\$ 405.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 2.529.176	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 61.700	\$ 61.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 782.600	\$ 783.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/07/2026
----------------------------------	------------