

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YEINE CAROLINA RAMIREZ PATIÑO			CC:	1023892437
CORREO ELECTRÓNICO:	YEINECAROL20@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3046817429
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 43 SUR N° 11B - 18			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870349935
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1169 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.492.050	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 YEINE CAROLINA RAMIREZ PATIÑO PS_1169_2026_E549E5 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YEINE CAROLINA RAMIREZ PATIÑO CC: 1023892437 CEL: 3046817429					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 YEINE CAROLINA RAMIREZ PATIÑO

CON C.C N° 1.023.892.437

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 1169 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	197
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.877.700	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.492.050
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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	Entregue los cadáveres a los reclamantes registrando cada entrega en el libro correspondiente para asegurar un control adecuado.
2	Verifique el estado y los trámites de los cadáveres asignados a la unidad para garantizar su correcta gestión.
3	Realice el descarte de tejido, muestras, piezas y residuos anatomopatológicos siguiendo estrictamente las normas vigentes de bioseguridad.
4	Clasifique y organice los productos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), informando oportunamente al servicio de procedencia sobre cualquier inconsistencia encontrada.
5	Recibí y clasifiqué los documentos relacionados con la disposición final de casos de interrupción voluntaria del embarazo y sus causales para asegurar su correcto procesamiento.
6	Recepcone y transporte muestras dentro de la unidad, revisando y registrando cada movimiento en el libro correspondiente para mantener un control riguroso.
7	Diligencie de manera clara, completa y oportuna los documentos requeridos en el desarrollo de mis actividades, conforme a los procedimientos establecidos.
8	Oriente a los usuarios y familiares del servicio de Sala de Paz, brindando instrucciones específicas sobre la forma y los procedimientos para el destino final de los fallecidos.
9	Cumplí con los procedimientos, guías, manuales y protocolos establecidos por la entidad, apoyando activamente su implementación.
10	Realice la limpieza y desinfección de las áreas y equipos del área de Sala de Paz para mantener un ambiente seguro y saludable.
11	Mantuve la reserva y confidencialidad de la información a la que tengo acceso en el desarrollo de mis funciones.
12	Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento del servicio para asegurar una gestión oportuna.
13	Me asegure de que la atención brindada sea humana, eficaz y cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
14	Vele por el cumplimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental para proteger a los funcionarios y a la comunidad.
15	Realicé el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, aplicando la técnica multimodal según protocolo de la OMS.
16	Ejecuté mis funciones técnicas en el Hospital La Victoria, conforme a la programación y asignación realizada por 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° 6019787151	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	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 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	 YEINE CAROLINA RAMIREZ PATIÑO PS_1169_2026_E549E5 YEINE CAROLINA RAMIREZ PATIÑO CC: 1023892437
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CATHERINE LUGO CRISTIANO PS_1169_2026_E549E5 CATHERINE LUGO CRISTIANO SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_1169_2026_E549E5 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO

PANTALLAZO SECOP

Soporte de Pago SOI - yeineca

BASES PRODUCTOS IVE.xlsx

Consultar Histórico de Paciente

SECOP II

Editor

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.17010790#

Agencia Nacional de Contratación Pública

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC-5 14:10:18

YEINE CAROLINA RA...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio

Menú

Administración de contratos

Ver contrato

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

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					

Crear

Configuraciones del usuario

YEINE CAROLINA RAMÍREZ

PATÍÑO

CAT: 0096686

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

30 Jun, 2026(UTC-5) 14:10:18

Salir

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ PS-1169-2026-CUENTA DE COBRO FEBRERO-2026.pdf	PS-1169-2026-CUENTA DE COBRO FEBRERO-2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1 PS 1169 2026 CRP -8536.pdf	1 PS 1169 2026 CRP -8536.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS-1169-2026-CUENTA DE COBRO MARZO -2026.pdf	PS-1169-2026-CUENTA DE COBRO MARZO -2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS_1169_2026_ABRIL_CUENTA DE COBRO_ABRIL.pdf	PS_1169_2026_ABRIL_CUENTA DE COBRO_ABRIL.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS_1169_2026_MAYO_CUENTA DE COBRO_MAYO.pdf	PS_1169_2026_MAYO_CUENTA DE COBRO_MAYO.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Activar Windows

Borrar Cargar nuevo

Ve a Configuración para activar Windows.

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Windows

2:10 p. m.

30/06/2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1023892437
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YEINE CAROLINA RAMIREZ PATINO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 43 A SUR 12 60	TELÉFONO: 5990900
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 003 - MARZO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6019787151	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 378464563

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1	\$ 42.700
SUBTOTAL:			1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 541.800