

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ANGELA CORTES BONILLA			CC:	52838636
CORREO ELECTRÓNICO:	lancor1982@gmail.com			TELÉFONO:	3043375118
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 7F 74 21			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	003900104039
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3542 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.436.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 LUZ ANGELA CORTES BONILLA PS_3542_2026_8777C7 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ ANGELA CORTES BONILLA CC: 52838636 CEL: 3043375118					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUZ ANGELA CORTES BONILLA

CON C.C N°52.838.636

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3542 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/18
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$10.942.380	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$15.216.300	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.436.100
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
------------------------	--------------------------------

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. REALIZAR PROCESO ADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. 2. SOLICITAR LOS INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES QUE INGRESEN AL PHD (PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA). 3. COORDINAR EL TRASLADO DE MEDICAMENTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO CON LOS AUXILIARES MOTORIZADOS. 4. BRINDAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LOS CUIDADORES SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD, SIGNOS DE ALARMA Y CUÁNDO CONSULTAR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, ALIMENTACIÓN, HIGIENE Y SUMINISTRO ADECUADO DE MEDICAMENTOS (CUANDO APLIQUE), USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA MONITOREO Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES Y AUTOCUIDADO. 5.REALIZAR SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANEJO. 6. REALIZAR VISITAS EN DOMICILIO DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PERIÓDICAMENTE SEGÚN CASO CLÍNICO. 7. PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVÉS DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 8. GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES. 9. DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA, LOS FORMATOS) DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMÁS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA Y DEMÁS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON FIRMA Y SELLO. 10. GARANTIZAR LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICIÓN O REPARACIÓN CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACIÓN DE LOS MISMOS. 11. REPORTAR AL ÁREA DE RECURSOS FÍSICOS ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES. 12.PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMÁS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD. 13. PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 14. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 15. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 16. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE GARANTÍA DE CALIDAD. 17. ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR. 18. CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 19. PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 20. DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL E INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS EN
--	--

1	LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED.		
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° 1081999181	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	\$ 222.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	\$ 284.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 43.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 550.700
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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 LUZ ANGELA CORTES BONILLA PS_3542_2026_8777C7 LUZ ANGELA CORTES BONILLA CC: 52838636		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_3542_2026_8777C7 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS PS_3542_2026_8777C7 JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS SUPERVISOR DEL CONTRATO		



PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2026-07-25, 11:46:53 AM Tipo Planilla: I: Planilla independientes Número Planilla: 1081999181

Periodo Cotización: mayo de 2026

Periodo Servicio: mayo de 2026

PAGADO 10/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

Datos del Aportante

Razón Social	LUZ ANGELA CORTES BONILLA		
Documento	CC52838636	Dirección	CL 7F #74 - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3043375118
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	Identificación		

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 284.800	\$ 300	\$ 285.100
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 43.400	\$ 100	\$ 43.500
N860066942	EPS008	COMPENSAR EPS	1	\$ 222.500	\$ 200	\$ 222.700
Total Pagado				\$ 550.700	\$ 600	\$ 551.300

