

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY			CC:	1010197240
CORREO ELECTRÓNICO:	VEGANSVI@HOTMAIL.ES			TELÉFONO:	3168667218
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 10B 88A 17			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488413855062
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2125 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.593.940	
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				
<div><div>VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY PS_2125_2026_81D565</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY CC: 1010197240 CEL: 3168667218</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY

CON C.C N° 1.010.197.240

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III 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 2125 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 22.375.760	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.563.640	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.593.940
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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 realiza la descarga, consolidación, seguimiento al diligenciamiento y monitoreo de la atención registrada en la estrategia de Consultorios Amigables de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
2	Se realiza el seguimiento a la formulación, ejecución y cumplimiento de los planes de mejora, con el fin de verificar el avance de las acciones implementadas y fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos.
3	Se desarrollan actividades de fortalecimiento de capacidades del talento humano en atención con enfoque diferencial, orientadas a la implementación y consolidación de la estrategia de Consultorios Amigables.
4	Se realiza el seguimiento al cumplimiento del Plan de Estándares Ambulatorios, verificando la ejecución de las acciones programadas, el avance de los compromisos y la implementación de oportunidades de mejora.
5	Se realiza el seguimiento a la ejecución de las auditorías de autocontrol contempladas en el Plan Anual de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), con el propósito de verificar su cumplimiento, promover la mejora continua y fortalecer la calidad de la atención en los servicios ambulatorios.

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° 1083120666	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/30	\$ 279.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/30	\$ 358.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/30	\$ 54.600
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 692.500
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	<div><div>VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY</div><div>PS_2125_2026_81D565</div></div> <div>VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY</div> <div>CC: 1010197240</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</div><div>PS_2125_2026_81D565</div></div> <div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	