

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ			CC:	52445457
CORREO ELECTRÓNICO:	JENNYMILEC.MARTINEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3212910718
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3 B ESTE 38 40 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870360940
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2104 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.783.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div>YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ PS_2104_2026_99426B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ CC: 52445457 CEL: 3212910718</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ				
CON C.C N°		52.445.457		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2104 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	220	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.481.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.783.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA			
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	UTILIZAR LAS MEDIDAS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL			
2	REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LOS BIOLOGICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS, PARA EL PROCESO DE VACUNACION DIARIA			
3	EXPLICAR EL PROCESO DE APLICACION DEL BIOLOGICO AL USUARIO Y DAR RECOMENDACIONES EN LOS CUIDADOS POST VACUNALES			
4	REALIZAR LA APLICACION DEL BIOLOGICO CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE VACUNACION SEGURA			
5	REITERAR AL USUARIO SU PERMANENCIA EN LA SALA DE ESPERA EL TIEMPO QUE SE LE INDIQUE SEGUN EL BIOLOGICO			
6	REALIZAR MONITOREO DE TEMPERATURA DE LOS BIOLOGICOS			
7	MANTENER EL MOVIMIENTO DE BIOLOGICO ACTUALIZADO			
8	CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS NEVERAS, TERMOS, CAVAS ENTRE OTROS.			
9	EN LA SEGUNDA DOSIS DE VACUNA (SI APLICA), INDAGAR AL USUARIO SI PRESENTO ALGUN ESAVI. SI CUMPLE CON CRITERIOS DE ESAVI-GRAVE NOTIFICAR SEGUN EL PROTOCOLO NACIONAL DE ESAVI-298 DEL INS			
10	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SEAN ASIGNADAS 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9508574227	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/14	\$ 218.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/14	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/14	\$ 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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ PS_2104_2026_99426B</div><hr/>YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ CC: 52445457</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_2104_2026_99426B</div><hr/>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		