

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESSICA PAOLA PARDO REINA			CC:	1023968393
CORREO ELECTRÓNICO:	PARDOPAOLA568@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3123244571
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 56A 95A 10 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91288450973
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2743 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.144.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30				
<div><div><div>JESSICA PAOLA PARDO REINA PS_2743_2026_47EB05</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JESSICA PAOLA PARDO REINA CC: 1023968393 CEL: 3123244571</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JESSICA PAOLA PARDO REINA

CON C.C N°1.023.968.393

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2743 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.746.400	No. HORAS EJECUTADAS	240
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30.457.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.144.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ

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	<p>Se presto el servicio a conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato</p> <p>Se cumplió las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales.</p> <p>Se respondió por los inventarios, realizando control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades</p> <p>Porté el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales.</p> <p>Recibí y entregué el turno dentro del horario establecido verificando que el área este limpia y ordenada.</p> <p>Se apoyó los procesos de recibir, clasificar, preparar, esterilizar, almacenar y distribuir el material verificando la custodia del material estéril en su traslado específico a los servicios asistenciales.</p> <p>Se conoció, cumplió y tener el entrenamiento necesario en el manejo de equipos de limpieza y esterilización y dispositivos médicos automatizados</p> <p>Se revisó bajo inventario que el instrumental quirúrgico se encuentre completo y demás dispositivos médicos, responder por los elementos que se dañen por mal uso o desconocimiento de su uso en las actividades asignadas</p> <p>Se veló por el cuidado y aprovechamiento de los insumos y EPP del servicio</p> <p>Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirúrgica para la elaboración de paquetes y realizar su registro.</p> <p>Se realizó las tareas de autoclaves de esterilización en cuanto acomodación de la cargas en la cámara, colocación diaria de test Bowie & Dick y el monitoreo del proceso de validación de cada carga y registro en los formatos correspondientes.</p> <p>Se diligenció en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.</p> <p>Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas</p> <p>Se apoyó el cumplimiento obligatorio de garantía de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio y contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.</p> <p>Se dio cumplimiento a los procedimientos establecidos por la entidad y apoyar la implementación de los mismos y acciones de mejora para el servicio.</p> <p>Se apoyó actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato</p>

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9510487975	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/11	\$ 218.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/11	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/11	\$ 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>JESSICA PAOLA PARDO REINA PS_2743_2026_47EB05</div></div> <div>JESSICA PAOLA PARDO REINA CC: 1023968393</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ PS_2743_2026_47EB05</div></div> <div>DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023968393		PARDO REINA JESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle56h#90a10sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3123244571	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-08	2026-08	644659938		9510487975	I	2026/09/21	2026/09/11	NEQUI	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1023968393	PARDO JESSICA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023968393		PARDO REINA JESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle56h#90a10sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3123244571	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	644659938	9510487975	I	2026/09/21	2026/09/11	NEQUI	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0						\$0
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0						\$0
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

FOR A PAGAR
\$280,200
\$280,200
\$42,700
\$42,700
\$218,900
\$218,900
\$541,800

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

códigos de autorización?

☐ Sí

☒ 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

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 1 PS 2743 2026 CRP -9575.pdf	1 PS 2743 2026 CRP -9575.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 2 PS 2743 2026 CRP -14767.PDF	2 PS 2743 2026 CRP -14767.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 3 PS 2743 2026 CRP -16826.PDF	3 PS 2743 2026 CRP -16826.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 2743 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>