

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS			CC:	1010182353
CORREO ELECTRÓNICO:	IBEROIII@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3213326121
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7A BIS ESTE 4B 75 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	074126962
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1045 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.843.840	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/10/01 AL 2026/10/31				
<div><div>MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS PS_1045_2026_F6B067</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS CC: 1010182353 CEL: 3213326121</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS

CON C.C N°1.010.182.353

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO FISIOTERAPEUTA 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 1045 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.594.560	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.843.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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 realizaron 415 sesiones de terapia (física) registradas en el mes de septiembre para un total de 349 atendidos en el servicio de consulta externa.
2	Realice 349 atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumpliendo con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	Conozco y cumpla con las políticas y procedimientos establecidos por la Subred Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumpla los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumpla la visión y misión de la Subre Centro Oriente
4	se entregan 20 planes casero con sesiones entre 10 y 15, con una inasistencia de 20 pacientes.
5	Porcentaje de adherencia a los planes caseros fue del , con un total de sesiones y actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica y cuantos fueron
6	Entrega de informe de producción mensual (31/10/2026), diligenciamiento de drive (31/10/2026)
7	Realicé registro completo y con calidad de (349 clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
8	Realice 20 formatos de consentimiento informado
9	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente
10	Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección.

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 (2026-10-01) AL (2026-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 95557934	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/10/13	\$ 218.900

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/10/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/10/13	\$ 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>MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS</div><div>PS_1045_2026_F6B067</div><div>MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS</div><div>CC: 1010182353</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</div><div>PS_1045_2026_F6B067</div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		