

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE NATALIA VARGAS PINTO			CC:	1026306497	
CORREO ELECTRÓNICO:	NATHALIA.PINTO18@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3229399377	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 44A SUR 5 05 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488444463274	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5285 2025	N° CDP:	1356	N°. RP:	52852025	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y UN (1) DIA
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/30	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.497.995					
 ANGIE NATALIA VARGAS PINTO PS_5285_2025_B8DA55-2025-06-16 16:47:45 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE NATALIA VARGAS PINTO CC: 1026306497 CEL: 3229399377						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
ANGIE NATALIA VARGAS PINTO				
CON C.C N°		1.026.306.497		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5285 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/30
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.411.337	No. HORAS EJECUTADAS	145	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.411.337	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.497.995	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y UN (1) DIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA			
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	2.APOYAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD, EN TEMAS RELACIONADOS A LAS PATOLOGÍAS PRINCIPALES, DE ACUERDO A PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.			
2	1.APOYAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE ATENCIÓN, COMO SON: TOMA DE LABORATORIOS DE PRIMER NIVEL, INYECTOLOGÍA, ENTREGA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS, CURACIONES Y PROGRAMA DE CRÓNICOS, ENTRE OTROS.			
3	3.APOYAR LA REALIZACIÓN CHARLAS EDUCATIVAS EN TEMAS DE SALUBRIDAD Y AUTOCUIDADO, DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS Y APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DETECCIÓN DE VIH Y SÍFILIS.			
4	4.REALIZAR RECORRIDO POR EL ÁREA DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD VALORANDO AL PERSONAL PRIVADO DE LIBERTAD QUE SE ENCUENTRE SEGREGADO POR MOTIVOS DE SALUD.			
5	5.APOYAR EL EXAMEN MÉDICO EL DÍA DEL INGRESO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.			
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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 87370239	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/06/12	\$ 172.100	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/06/12	\$ 220.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/12	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 392.300	

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



ANGIE NATALIA VARGAS PINTO

PS_5285_2025_B8DA55-2025-06-16 16:47:45

ANGIE NATALIA VARGAS PINTO

CC: 1026306497

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



GUILLERMO RUBIO GUIZA

PS_5285_2025_B8DA55-2025-06-17 15:00:35

GUILLERMO RUBIO GUIZA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87370239	\$392.300	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	172.100	0		0		0	0	0		172.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026306497	ANGIE NATALIA VARGAS PINTO		CRA 44 A SUR ESTE	3229399377	nathalia.pinto18@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87370239	\$392.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026306497	VARGAS PINTO ANGIE NATALIA	3	0		N	X																		230301	1.376.050	220.200	0	0	0	0	EPS008	1.376.050	172.100		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA