

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ			CC:	1233894771
CORREO ELECTRÓNICO:	elianasuarez28@gmail.com			TELÉFONO:	3222463689
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 101 150A 60			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	63924192625

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5063 2025	N° CDP:	125	N°. RP:	11614	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/04/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 3.484.896



ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ

PS_5063_2025_528D33-2025-06-16 16:19:58

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ

CC: 1233894771

CEL: 3222463689

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ

CON C.C N°

1.233.894.771

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5063 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/03/11

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 5.924.323 **No. HORAS EJECUTADAS** 186

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 5.924.323 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.484.896

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIZABETH COY JIMENEZ

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 Diligencio RIPS de cada paciente atendido
- 2 Diligencio la historia cxlinica de acuerdo a guias y protocolos establecidos por la subred
- 3 Apoyo los planes de mejora que ayudan a prestar adecuados servicios de salud
- 4 Consultas Odontologica Resolutiva
- 5 Fomento y ayuda en la realizacion de actividades que fortalezcan los CAPS
- 6 Cantidad de horas realizadas en el periodo : 186 horas
- 7 Presto mi servicio y ejecuto las actividades que demanda el servicio, guiada por la normatividad del sistema.

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° 9487419504	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/06/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/06/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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 ibr 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



ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ

PS_5063_2025_528D33-2025-06-16 16:19:58

ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ

CC: 1233894771

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



ELIZABETH COY JIMENEZ

PS_5063_2025_528D33-2025-06-16 21:23:09

ELIZABETH COY JIMENEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

