

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO		CC:	52732917	
CORREO ELECTRÓNICO:	MARTINEZDEMERCHAN@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3132684280	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 41 27 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	462300145309

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5828 2025	N° CDP:	1552	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y CINCO (05) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/26	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/07/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/27 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 185.958



YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO  
PS\_5828\_2025\_BB2B7B-2025-07-17 11:17:02

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO

CC: 52732917

CEL: 3132684280

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

**YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO**

**CON C.C N° 52.732.917**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 7755548 DE 2025 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD PARA LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5828 2025 FECHA INICIO CONTRATO 2025/06/26**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.241.827 No. HORAS EJECUTADAS 18**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 2.241.827 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 185.958**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (01) MES Y CINCO (05) DIAS**

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO**

**NOMBRE DEL SUPERVISOR: SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ**

**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	Para el mes de Junio se confirman los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados
2	Para el mes de junio se recoge a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehículo a los usuarios con limitación de movilidad física mediante ayudas técnicas (rampas).
3	Para el mes de junio cumplir con los planes, digitación y demás actividades acordes a la operación del programa Ruta de la Salud, desde los diferentes Centros de Salud y Hospitales de la Subred
4	Para el mes de Junio se atiende a la población beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en su de auxiliar de enfermería.
5	Para el mes de Junio se asiste a las reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa Ruta de la Salud de Subred Oriente, y demás a las que sean citadas.
6	Para el mes de junio se viste adecuadamente los elementos de identificación suministrados y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).
7	Para el mes de junio actividades para el fortalecimiento de la organización y operación del programa ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo 7755548 DE 2025.Ruta de la Salud entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ES
8	Para el mes de Junio se realiza proceso de sensibilización con la entrega de 44 formatos, orientación, registro y aplicación de encuestas, durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo con las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa.
9	Para el mes de Junio se aplican las guías de manejo institucional, protocolo de desinfección, manual de bioseguridad durante la operación de la ruta de la salud.
10	Para el mes de junio se reporta las novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten durante el traslado de la población objeto en el programa Ruta de la Salud.
11	Para el mes de junio se realiza lo designado por el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo

**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 (2025-06-27) AL (2025-06-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

**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

<p align="center"><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p align="center">YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO  PS_5828_2025_BB2B7B-2025-07-17 11:17:02  <b>YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO</b>  <b>CC: 52732917</b></p>
<p align="center"><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p align="center">LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS  PS_5828_2025_BB2B7B-2025-07-17 16:26:07  <b>LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS</b>  <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p align="center"><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p align="center">SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ  PS_5828_2025_BB2B7B-2025-07-18 01:52:10  <b>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</b>  <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>





LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.  
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52732917	YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO	RIESGO 4	4	4.35%	21/06/2025	31/12/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 11 de Julio del año 2025.

Firma Representante Legal

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.732.917**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Junio del 2025.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.