

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES			CC:	53007707	
CORREO ELECTRÓNICO:	NOTATI@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3175766066	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 142D 129A 62			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	074118886	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1767 2025	N° CDP:	1799	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/08/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.159.392					



NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES

PS_1767_2025_55EFE3-2025-07-17 19:58:57

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES

CC: 53007707

CEL: 3175766066

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES

CON C.C N°53.007.707

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1767 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$16.487.680	No. HORAS EJECUTADAS	222
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$32.844.208	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.159.392
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

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	DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS A LOS QUE ASISTI COMO INSTRUMENTADORA QUIRURGICA VELE POR LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL QUIROFANO Y EL ESPACIO DE SALAS DE CIRUGIA,
2	ASISTI DE MANERA ACTIVA A LOS CIRUJANOS Y AYUDANTES (RESIDENTES) EN MIS COMPETENCIAS PARA DISMINUCON DE TIEMPOR QUIRURGICOS Y BENEFIIOS DE LAS PACIENTES

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1074021430	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/07/09	\$ 191.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/09	\$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/09	\$ 37.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 473.200

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



NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES

PS_1767_2025_55EFE3-2025-07-17 19:58:57

NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES

CC: 53007707

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1767_2025_55EFE3-2025-07-18 14:41:03

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_1767_2025_55EFE3-2025-07-18 14:42:31

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 09/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES		
Documento	CC53007707	Dirección	CLL 142B 129 A 62
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5374287
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 53007707	NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.528.858	\$ 244.700	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.528.858	\$ 191.200	2.436	\$ 1.528.858	\$ 37.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 473.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.528,858	\$ 1.528,858	\$ 1.528,858	\$ 0	\$ 244,700	\$ 191,200	\$ 37,300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 473,200	\$ 2,200	\$ 475,400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!