

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE VIVIANA CORZO SARMIENTO			CC:	1023949022	
CORREO ELECTRÓNICO:	ACMFC46@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3204256958	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 46 G SUR 16 A 65 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400732296	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 2811 2025	N° CDP:	1920	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	\$ 2.672.026					



ANGIE VIVIANA CORZO SARMIENTO
PS_2811_2025_C3E0D4-2025-07-16 15:24:17

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGIE VIVIANA CORZO SARMIENTO
CC: 1023949022
CEL: 3204256958

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANGIE VIVIANA CORZO SARMIENTO

CON C.C N°1.023.949.022

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 2811 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$8.016.078No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$21.376.208VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.672.026

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASOCHO (8) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:RONALD AGUILAR GOMEZ

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)

- 1Apoye al referente en la realizacion de los diferente informes requeridos de la gestion del área
- 2Asisti a los diferentes espacios donde se requeria la participacion del area en los momentos que lo requeria el lider del proceso
- 3Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, (sirc)
- 4Reliace y aprove encuesta de acoso laboral
- 5Realice seguimiento por medio de los diferentes reportes generados en Dinamica Gerencial , de las actividades realizadas por admisiones y autorizaciones
- 6Gestione respuesta de cada una de las solicitudes que se hacen frente a las inconsistencias y/o faltantes de autorizaciones de forma oportuna
- 7Di respuesta oportunada a cada una de las inquietudes que presentan el grupo de autorizaciones frente al proceso
- 8Informe al Referente del area y al supervisor, las novedades e inconvenientes que requerian su intervención
- 9Participe en actividades que se requerian y sean coordinadas por el área

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° 7974874533	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/08	\$ 178.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/08	\$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/08	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.000

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



ANGIE VIVIANA CORZO SARMIENTO

PS_2811_2025_C3E0D4-2025-07-16 15:24:17

ANGIE VIVIANA CORZO SARMIENTO

CC: 1023949022

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YENI ROCIO AVILA RONDON

PS_2811_2025_C3E0D4-2025-07-16 17:05:37

YENI ROCIO AVILA RONDON

SUPERVISOR ALTERNO

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



RONALD AGUILAR GOMEZ

PS_2811_2025_C3E0D4-2025-07-17 19:28:13

RONALD AGUILAR GOMEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					1023949022				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					ANGIE VIVIANA CORZO SARMIENTO					NÚMERO PLANILLA:					7974874533				
CIUDAD/MUNICIPIO:					BOGOTA - DISTRITO CAPITAL					PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES				
DIRECCIÓN:					2091970					junio AÑO					2025				
TIPO APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE					DÍAS DE MORA:					1				
TIPO EMPRESA:					I-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					2025/07/08				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					PRIVADA					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					1613613325				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					ÚNICO					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					1613613325				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO														

TOTAL APORTES A PENSIÓN																
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 227.800	\$ 200	\$ 228.000	
SUBTOTALES:													\$ 227.800	\$ 200	\$ 228.000	

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 178.000	\$ 200	\$ 0	\$ 178.200		
SUBTOTALES:													\$ 178.000	\$ 200	\$ 0	\$ 178.200		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 100	\$ 0	\$ 34.800
SUBTOTALES:									\$ 34.700	\$ 100	\$ 0	\$ 34.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE
1	CC 1023949022	CORZO SARMIENTO ANGY VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.423.500				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.423.500	\$ 102394902	\$ 34.700		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:

\$ 441.000