

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGI GERALDINE UNIBIO FERRUCHO		CC:	1000993644	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGIE2002UNIBIO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3134897384	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2D 48X SUR 59		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66658096509

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5811 2025	N° CDP:	2295	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UNO (1) MESES Y DOCE (12) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.222.946



ANGI GERALDINE UNIBIO FERRUCHO
PS_5811_2025_D5D4EA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGI GERALDINE UNIBIO FERRUCHO
CC: 1000993644
CEL: 3134897384

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

ANGI GERALDINE UNIBIO FERRUCHO

CON C.C N°

1.000.993.644

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 775548 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 5811 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/20
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.038.026	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.224.248	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.222.946
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) MESES Y DOCE (12) DÍAS
--	--------------------------------

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 agosto 2025 se realiza diligenciamiento de los formatos y aplicaciones requeridos desde la oficina de atención al usuario y programa ruta de la salud, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia
2	Para el mes de agosto se elaborará programación diaria de traslado de usuarios de acuerdo con la demanda de servicio, digitalizar, registrar y consolidar los informes mensuales y finales del programa ruta saludable.
3	Para el mes de agosto 2025 manejo y control del archivo interno del programa Ruta de la Salud con entrega al coordinador del consolidado de indicadores de gestión al programa.
4	Para el mes de agosto 2025 se contribuye con el proceso de recepción de llamadas para programación o cancelación de traslados de los usuarios y de igual forma apoyar el agendamiento de citas solicitadas por los demás colaboradores del programa ruta saludable en atención a las solicitudes de los usuarios que utilizan el servicio.
5	Para el mes de agosto 2025 se realiza control, recepción y organización de los insumos dados para el programa ruta de la salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
6	Para el mes de agosto 2025 se asiste a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa Ruta de la salud de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas
7	Para el mes de agosto 2025 se lleva a cabo las demás que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 775548 de 2025 Programa Ruta de la Salud
8	Para el mes de agosto 2025 Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presentan durante los recorridos o en los Centros de Salud y Hospitales que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE; de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato.
9	Para el mes de agosto se viste adecuadamente los elementos de identificación y portar el carne institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).
10	Para el mes de agosto 2025 se desarrollan las 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 entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1074238954	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/21	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/21	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/21	\$ 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 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	 <p style="text-align: right;"><i>ANGI GERALDINE UNIBIO FERRUCHO</i> <i>PS_5811_2025_D5D4EA</i></p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>ANGI GERALDINE UNIBIO FERRUCHO CC: 1000993644</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p style="text-align: right;"><i>LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS</i> <i>PS_5811_2025_D5D4EA</i></p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: right;"><i>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</i> <i>PS_5811_2025_D5D4EA</i></p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>