

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	MIRNA RIVAS CABRERA			CC:	35601736	
CORREO ELECTRÓNICO:	MIRNALANEGRISA@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	111111111	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 41 BIS # 2-45			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488416773312	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 2851 2025	N° CDP:	2525	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.070.180					

 MIRNA RIVAS CABRERA
PS_2851_2025_043ABE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MIRNA RIVAS CABRERA
CC: 35601736
CEL: 111111111

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

CON C.C N° 35.601.736

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2851 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.547.840	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.569.940	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.070.180
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
------------------------	--------------------------------

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	12. SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
2	8.ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA LA SUPERVISIÓN (ACTA DE REUNION).
3	9.INFORMAR A LA SUPERVISIÓN ACERCA DE CUALQUIER NOVEDAD EN CUANTO EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS EN CUANTO AL AREA DE TRABAJO. (INFORMACION VERBAL Y/O REGISTRO DE LIBRO).
4	1.CUMPLIR CON LA ORGANIZACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL AREA, ASÍ COMO DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (DILIGENCIAR REGISTRO EN LIBRO Y FORMATO DE REGISTRO).
5	2. CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN CUANTO AL DESEMPEÑO Y PERMANENCIA EN EL ÁREA DE TRABAJO ASIGNADA (DILIGENCIAR FORMATO DISTRIBUCION DE FORMULAS LACTEAS).
6	4.ASEGURAR LA CORRECTA CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA LECHE MATERNA A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA.
7	5.REGISTRAR ADECUADAMENTE EN EL FORMATO RESPECTIVO LAS CONDICIONES DE HUMEDAD Y TEMPERATURA EN EL AREA (DILIGENCIAR FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD).
8	6.ASISTIR PERIÓDICAMENTE AL FORTALECIMIENTO SOBRE EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. (CAPACITACION)
9	10. EJECUTAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU OFICIO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO (FORMATOS NORMALIZADOS)
10	3. GARANTIZAR INOCUIDAD, MANIPULACIÓN, PREPARACIÓN DE LAS FORMULA LÁCTEAS Y ENTERALES DE ACUERDO A SU DOSIFICACIÓN, PRESCRIPCIÓN DIETARÍA Y DISTRIBUCIÓN, CONSERVANDO CALIDAD MICROBIOLÓGICA Y NUTRICIONAL. (FORMATO LISTA DE CHEQUEO)
11	7.CUMPLIR CON LA ADECUADA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÓRMULAS LÁCTEAS Y ENTERALES (FORMATO DE ENTREGA Y RECIBO DEL LACTARIO)
12	11. CUMPLIR CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA O CONCERTACIÓN DE CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE A HACE PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 87658300	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/07/10	\$ 178.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/10	\$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/10	\$ 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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MIRNA RIVAS CABRERA PS_2851_2025_043ABE MIRNA RIVAS CABRERA CC: 35601736		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARTHA LILIANA ORTIZ ROMERO PS_2851_2025_043ABE MARTHA LILIANA ORTIZ ROMERO SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ PS_2851_2025_043ABE YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MIRNA RIVAS CABRERA
No. Identificación: CC35601736
Dirección: CALLE 41 BIS SUR N 2-45 ESTE
Telefono: 3632791
Correo: lanegra35601@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8388510874

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MIRNA RIVAS CABRERA
Tipo y número de identificación	CC35601736
Número de planilla	8388510874
Fecha pago	2025-08-13
Número de autorización pago	21569025
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	Julio de 2025
Periodo de Cotización Pensión	Julio de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	441000
Total Intereses de Mora	500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	178200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35601736
APELLIDOS Y NOMBRES: MIRNA RIVAS CABRERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0