

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
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 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.270.520					


MIRNA RIVAS CABRERA
PS_2851_2025_3A2F8A
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	204
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.569.940	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.270.520
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	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).
2	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).
3	CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN CUANTO AL DESEMPEÑO Y PERMANENCIA EN EL ÁREA DE TRABAJO ASIGNADA (DILIGENCIAR FORMATO DISTRIBUCION DE FORMULAS LACTEAS).
4	ASEGURAR LA CORRECTA CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA LECHE MATERNA A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA.
5	REGISTRAR ADECUADAMENTE EN EL FORMATO RESPECTIVO LAS CONDICIONES DE HUMEDAD Y TEMPERATURA EN EL AREA (DILIGENCIAR FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD).
6	ASISTIR PERIÓDICAMENTE AL FORTALECIMIENTO SOBRE EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. (CAPACITACION)
7	ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA LA SUPERVISIÓN (ACTA DE REUNION).
8	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)
9	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
10	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	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	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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº 8388510874	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 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	 MIRNA RIVAS CABRERA PS_2851_2025_3A2F8A MIRNA RIVAS CABRERA CC: 35601736		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL PS_2851_2025_3A2F8A FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ PS_2851_2025_3A2F8A YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Información básica de la planilla

Empresa: MIRNA RIVAS CABRERA
Tipo Planilla: I
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 89297512
Fecha de vencimiento: 09/09/2025
Fecha de Pago: 10/09/2025

NIT: 35601736
Periodo liquidación Pensiones: agosto 2025
Periodo liquidación Salud: agosto 2025
Total a pagar: \$441,000
Total de empleados: 1
Número de Administradoras: 3

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Banco: NEQUI
Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427
Medio de Pago: Pago Electronico por PSE
Número Autorización: 1767410818

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$34,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$228,000
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		\$0	\$178,200
						\$441,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 89297512, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.