

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ			CC:	1014236679	
CORREO ELECTRÓNICO:	andrearj-66@hotmail.com			TELÉFONO:	3012775455	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4 N° 14 -20			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	68942071519	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 2135 2025	N° CDP:	2517	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.919.020					



ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ
PS_2135_2025_D096CF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ
CC: 1014236679
CEL: 3012775455

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ

CON C.C N°1.014.236.679

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 2135 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$8.757.060No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$29.190.200VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.919.020

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LORENSA BECERRA CAMARGO

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	APOYAR LA GESTION DE INSUMOS, MATERIALES Y DEMAS ELEMENTOS REQUERIDOS PARA LA OPERACION DE LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
2	APOYAR LA GESTION Y ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS FISICOS A CARGO DE LA DIRECCION
3	REALIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DE LA DIRECCION
4	TRAMITAR LA RADICACION DE CORREOS, INFORMES, PARA, RESPUESTA DE REQUERIMIENTOS Y DEMAS SOLICITUDES REALIZADAS A LA DIRECCION
5	APOYAR EL PROCESO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVICIOS Y/O PROCESOS DE LA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO, DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE
6	ATENDER LAS NECESIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE PRESENTEN POR CUALQUIER EVENTUALIDAD
7	COORDINAR LA AGENDA Y NOTIFICAR AL SUPERVISOR LAS ACTIVIDADES DIARIAS A LA QUE ES CITADO
8	VERIFICAR LOS REQUERIMIENTOS QUE SEAN ENVIADOS A LA DIRECCION MEDIANTE EL APLICATIVO AGILSALUD
9	LAS DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
10	REALIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DE CADA ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE EL MES Y ENTREGAR EL SOPORTE AL LIDER DEL PROCESO, LA ACTIVIDAD DEBERA SER REALIZADA DE MANERA MENSUAL
11	RADICAR EN GESTION DOCUMENTAL LOS SOPORTES OBTENIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE ARCHIVO Y CON LOS CRITERIOS DE LA TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL, AL FINALIZAR LA EJECUCION DEL CONTRATO NO SE DEBERA CONTAR CON ARCHIVO PENDIENTE PARA ALMACENAMIENTO.

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:N° 89586814OPERADOR:MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/11	\$ 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	 <div> ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ PS_2135_2025_D096CF </div> <div> ANDREA ESTEFANIA RUIZ JIMENEZ CC: 1014236679 </div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <div> LORENSA BECERRA CAMARGO PS_2135_2025_D096CF </div> <div> LORENSA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO </div>		