


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY PATRICIA VELA BERMUDEZ	CC:	1019040844
CORREO ELECTRÓNICO:	leidypatriciavela@gmail.com	TELÉFONO:	3208671519
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 87A 128B 76	CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6335 2025	N° CDP:	2707	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y DIECISEIS (16) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/15 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.529.870					

  
LEIDY PATRICIA VELA BERMUDEZ  
PS\_6335\_2025\_A5CB5B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY PATRICIA VELA BERMUDEZ

CC: 1019040844

CEL: 3208671519

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

**LEIDY PATRICIA VELA BERMUDEZ**

**CON C.C N°**

**1.019.040.844**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 6335 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/09/15</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 7.283.272	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>98</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 7.283.272	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.529.870
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	UN (01) MES Y DIECISEIS (16) DIAS
--	-----------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

**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)**

<b>ITEM</b>	<b>1</b>	1. ASISTIR A LOS COMITES DE CUIDADO Y CAPACITACIONES DE INDUCCION, ENTRE OTRAS ACTIVIDADES PARA LA OPERATIVIDAD.
<b>2</b>	2. REALIZAR DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DE CONTRATO BAJO LA RESOLUCION DE EBS MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL RESOLUCION 1499 DE 26-08-2024	
<b>3</b>	3. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A TERRENO EN LA LOCALIDADES DE RAFAEL URIBE URIBE Y MARTIRES.	

**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
<b>1</b>	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	<b>X</b>	
<b>2</b>	¿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?	<b>X</b>	
<b>3</b>	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
<b>4</b>	¿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?	<b>X</b>	
<b>5</b>	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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 (2025-09-15) AL (2025-09-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	<b>N°</b>	<b>OPERADOR:</b>	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 0</b>

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 ibr 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**



*LEIDY PATRICIA VELA BERMUDEZ*

*PS\_6335\_2025\_A5CB5B*

**LEIDY PATRICIA VELA BERMUDEZ**

**CC: 1019040844**

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



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_6335\_2025\_A5CB5B*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**