

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDITH FLORELIA VANEGAS GIL			CC:	1023892824	
CORREO ELECTRÓNICO:	VANEGASEDITH208@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3012467061	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 21 SUR 10F 63 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	42823822337	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5805 2025	N° CDP:	2771	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.921.566					
 EDITH FLORELIA VANEGAS GIL PS_5805_2025_B45114 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDITH FLORELIA VANEGAS GIL CC: 1023892824 CEL: 3012467061						

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

EDITH FLORELIA VANEGAS GIL

CON C.C N°

1.023.892.824

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 5805 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/19
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.690.192	No. HORAS EJECUTADAS	186
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.979.746	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.921.566
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

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	Para el mes de se realiza proceso de sensibilización con la entrega de 44 formatos, orientación, registro y aplicación de encuestas, durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo con las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa.
2	Para el mes de septiembre se confirman los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados.
3	Para el mes de septiembre se aplican las guías de manejo institucional, protocolo de desinfección, manual de bioseguridad durante la operación de la ruta de la salud.
4	Para el mes de septiembre se reporta las novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten durante el traslado de la población objeto en el programa Ruta de la Salud.
5	Para el mes de septiembre cumplir con los planes, digitación y demás actividades acorde a la operación del programa Ruta de la Salud, desde los diferentes Centros de Salud y Hospitales de la Subred.
6	Para el mes de septiembre se atiende a la población beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en su de auxiliar de enfermería.
7	Para el mes de septiembre se asiste a las reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa Ruta de la Salud de Subred Oriente, y demás a las que sean citadas.
8	Para el mes de septiembre se viste adecuadamente los elementos de identificación suministrados y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).
9	Para el mes de septiembre 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 E.S.E.
10	Para el mes de septiembre 2025 las demás actividades que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 7755548 de 2025 Programa Ruta de la Salud, en cuanto a la asistencia a fortalecimientos institucionales, entre otros.
11	Para el mes de septiembre se recoge a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehículo a los usuarios con limitación de movilidad física mediante ayudas técnicas (ramplas).

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 1075649167	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/15	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800
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 ningún 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		 EDITH FLORELIA VANEGAS GIL PS_5805_2025_B45114 EDITH FLORELIA VANEGAS GIL CC: 1023892824	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS PS_5805_2025_B45114 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_5805_2025_B45114 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	

PAGADO 15/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDITH FLORELIA VANEGAS GIL		
Documento	CC1023892824	Dirección	CL 21 SUR #10 F - 35 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3012467061
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	UAC	UAP	UCL	IMP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1023892824	EDITH FLORELIA VANEGAS GIL	03	00																	0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800	\$ 2.700	\$ 408.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!