

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO		CC:	52732917	
CORREO ELECTRÓNICO:	MARTINEZDEMERCHAN@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3132684280	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 41 27 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	462300145309

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5828 2025	N° CDP:	2771	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/26	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



YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO
PS_5828_2025_15DC16

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO
CC: 52732917
CEL: 3132684280

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

YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO

CON C.C N°

52.732.917

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 7755548 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 5828 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/26
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.241.827	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.628.492	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
-------------------------------	----------------------------------

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 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.
2	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.
3	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.
4	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.
5	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).
6	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.
7	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.
8	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.
9	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).
10	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.
11	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.

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° 1075159724	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/16	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/16	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/16	\$ 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	 <i>YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO</i> <i>PS_5828_2025_15DC16</i> <hr/> YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO CC: 52732917
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS</i> <i>PS_5828_2025_15DC16</i> <hr/> LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</i> <i>PS_5828_2025_15DC16</i> <hr/> SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-16, 08:53:59 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1075159724

Periodo Cotización: agosto de 2025

Periodo Servicio: agosto de 2025

Referencia pago (PIN): 8823392480

PAGADO 16/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO		
Documento	CC52732917	Dirección	CR 11 #41 - 27 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132684280
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	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AMP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ARL	Dias 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 52732917	YENNY PAOLA MARTINEZ RONCANCIO	03	00	X																0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 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	\$ 3.200	\$ 409.000