

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA			CC:	52787229
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDREAFM332@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3188849923
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 110A 68C 62			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	006970502222

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5736 2025	N° CDP:	1580	N°. RP:	17363	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTE (20) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.282.616



MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA  
PS\_5736\_2025\_A7E460-2025-07-18 16:18:29

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA  
CC: 52787229  
CEL: 3188849923

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

**MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA**

**CON C.C N°**

**52.787.229**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5736 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/11</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.666.688	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>168</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 6.666.688	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.282.616
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES Y VEINTE (20) DIAS
--	----------------------------------

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

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

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	CAPACITACIÓN EN APLICATIVOS PROPIOS DE LA OPERACIÓN Y REPORTES
2	CAPACITACIÓN EN ACTIVACIÓN DE RIAS, MODELO MAS BIENESTAR, ABORDAJE Y OBJETIVOS A CUMPLIR EN TERRENO
3	CAPACITACIÓN EN PUNTOS CLAVE DE CARACTERIZACIÓN
4	ACOMPANAMIENTO EN CAMPO A EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DEL ENTORNO HOGAR
5	CARACTERIZACIÓN A POBLACIÓN OBJETO

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9488912737	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/14	\$ 239.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/07/14	\$ 306.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/14	\$ 46.800
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 593.300</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**



*MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA*

*PS\_5736\_2025\_A7E460-2025-07-18 16:18:29*

**MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA**

**CC: 52787229**

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



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_5736\_2025\_A7E460-2025-07-18 21:32:39*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Se certifica que MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA identificado(a) con CC 52787229 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: FERNANDEZ MORA MARJORY ANDREA CC 52787229										Novedades																	
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9488912737	1626547221	I	2025-07-14	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																		
9488912737	1626547221	I	2025-07-14	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																		
9488912737	1626547221	I	2025-07-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																		

Este certificado se expide el día 2025-10-17 a las 20:10.