

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA			CC:	1013598334
CORREO ELECTRÓNICO:	NMARENTESP1@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3124054597
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 61B SUR 18T 2			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 7454 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.402.215	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/09 AL 2025/10/31				
 NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA PS_7454_2025_C724A1 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA CC: 1013598334 CEL: 3124054597					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA

CON C.C N°1.013.598.334

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO 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
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7454 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/08
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$4.800.045	No. HORAS EJECUTADAS	135
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$4.800.045	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.402.215
--	-------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICUATRO (24) DIAS
---	------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	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	Participe en la induccion de salud publica para llevar a cabo mis actividades como enfermera profesional
2	Participe en la induccion de la resolucion 1499 para llevar a cabo mis actividades como enfermera profesional
3	Participe en la inducción en notificación en epidemiologia
4	Realice las adecuadas actas de apropiamiento de lineamientos y resoluciones
5	Me apropié de la Resolución 3280 de 2018 comprendiendo su importancia en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Reconozco que esta norma busca fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS), garantizar la atención integral, continua y centrada en las personas, familias y comunidades, y orientar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Entendí además la relevancia de articular los equipos de salud, los diferentes niveles de atención y los sectores sociales para mejorar los resultados en salud y reducir las inequidades en la población.

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 (2025-10-09) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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



NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA

PS_7454_2025_C724A1

NATHALY JOHANA MARENTES PEÑA

CC: 1013598334

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_7454_2025_C724A1

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO