

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ			CC:	1120578163	
CORREO ELECTRÓNICO:	LUZANGELICA1005@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3208209487	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 38 19 82 TO 2 AP 123 SOACHA			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	82861164426	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5687 2025	N° CDP:	2489	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.226.865					
 LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ PS_5687_2025_BF6CA8 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ CC: 1120578163 CEL: 3208209487						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ				
CON C.C N°		1.120.578.163		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ADMINISTRADORA DE EMPRESAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5687 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/06
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.189.054	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30.096.514	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ			
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	Realicé seguimiento financiero a los convenios interadministrativos, resoluciones y/o contratos suscritos con la SDS, FDL, SED y el Ministerio de Salud, entre otros, con acompañamiento a la gestión técnica en el desarrollo de los mismos, con el fin de llevar un control financiero adecuado de cada uno. Envié mensualmente a través del correo institucional el cronograma de seguimiento financiero a cada supervisor del convenio, así como la solicitud de entrega de información asociada directamente a su ejecución. Analicé, revisé y procesé la información recibida de los supervisores y diligencé los formatos de seguimiento y ejecución financiera formalizados. Elaboré actas de reunión registrando objetivos, temas tratados, desarrollo y compromisos definidos. Efectué la solicitud de traslado de los recursos financieros producto de la ejecución del convenio y elaboré certificados de concepto de uso y giro de recursos relacionados con los procesos de liquidación, conforme al formato vigente. Apoyé a la Dirección Financiera en la fase inicial de liquidación de los convenios, verificando los pagos del talento humano asociados para su respectiva certificación. Elaboré la certificación de aporte de la Subred de acuerdo con el formato establecido, controlando y manteniendo actualizados los archivos magnéticos en relación con la proyección y ejecución del convenio, según la información entregada por los supervisores y el área responsable. Presenté informes, atendí solicitudes y requerimientos relacionados con el seguimiento financiero de los convenios asignados hasta su formal liquidación. Brindé apoyo al referente de convenios de la Subred Centro Oriente en las labores designadas, así como en las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.			
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° 9491006392	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/11	\$ 311.344	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/11	\$ 398.520	

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/11	\$ 60.675
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 770.539
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	 LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ PS_5687_2025_BF6CA8 LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ CC: 1120578163		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA PS_5687_2025_BF6CA8 MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 RONALD AGUILAR GOMEZ PS_5687_2025_BF6CA8 RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1120578163		MUÑOZ RAMIREZ LUZ ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 18 P N 11 80 villarosita	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1829148277	9492422169	I	2025/10/15	2025/10/06	BANCOLOMBIA	0	\$771,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,492,000	\$398,800			\$2,492,000	\$311,500			\$0	\$0			\$2,492,000	\$60,800		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,492,000	\$398,800			\$2,492,000	\$311,500			\$0	\$0			\$2,492,000	\$60,800		\$0	\$0		
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$2,492,000	\$398,800			\$2,492,000	\$311,500			\$0	\$0			\$2,492,000	\$60,800		\$0	\$0		
1	CC	1120578163	MUÑOZ LUZ	25-14	30	\$2,492,000	\$398,800	EPS017	30	\$2,492,000	\$311,500	0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,492,000	\$60,800	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,492,000	\$398,800			\$2,492,000	\$311,500			\$0	\$0			\$2,492,000	\$60,800		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120578163		MUÑOZ RAMIREZ LUZ ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 18 P N 11 80 villarosita	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1829148277	9492422169	I	2025/10/15	2025/10/06	BANCOLOMBIA	0	\$771,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$398,800	\$0	\$0	\$398,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$398,800	\$0	\$0	\$398,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,800	\$0	\$0	\$60,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$60,800	\$0	\$0	\$60,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$311,500	\$0	\$0	\$311,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$311,500	\$0	\$0	\$311,500	
TOTAL				1	\$771,100	\$0	\$0	\$771,100	