

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SILY SULAY PERPIÑAN ANTELIZ			CC:	1065616338
CORREO ELECTRÓNICO:	SILYS.PERPINAN@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3004967928
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49 6 60			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	52487778001
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4499 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 8.487.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 SILY SULAY PERPIÑAN ANTELIZ PS_4499_2025_56D50F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SILY SULAY PERPIÑAN ANTELIZ CC: 1065616338 CEL: 3004967928					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SILY SULAY PERPIÑAN ANTELIZ

CON C.C N° 1.065.616.338

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4499 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/03
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 16.408.587	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 75.818.987	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.487.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

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	1. Proyección de certificaciones del mes de octubre de la contratista Suministro y Dotaciones de Colombia SYD 2. Proyección de certificaciones del mes de Septiembre de la contratista Elite. 3. Conciliación con de saldo y valor ejecutado del contrato 077 Suministros y Dotaciones 4. Seguimiento a la entrega de insumos de la contratista Suministros y Dotaciones SYD 5. Elaboración plan de mejora SDS 6. Respuesta a proposición Concejal Arias 7. Solicitud de adicion y prorroga contrato 077 SyD. 8. Solicitud de adicion y prorroga contrato 052 ELTE. 9. Reunion de seguimiento de entrega de pedidos SYD.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9493156614	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/09	\$ 424.400
PENSIÓN:	SKANDIA	2025/10/09	\$ 543.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/09	\$ 82.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.050.300

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 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



SILY SULAY PERPIÑAN ANTELIZ

PS_4499_2025_56D50F

SILY SULAY PERPIÑAN ANTELIZ

CC: 1065616338

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



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

PS_4499_2025_56D50F

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN

SUPERVISOR DEL CONTRATO