

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SARA ESTHER PONCE ROMERO			CC:	1010204611
CORREO ELECTRÓNICO:	SARA.SELENA12@ICLOUD.COM			TELÉFONO:	3206061199
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 7 sur 6 - 54			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	450270162792
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2109 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.771.264	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div><div>SARA ESTHER PONCE ROMERO PS_2109_2025_773B25</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SARA ESTHER PONCE ROMERO CC: 1010204611 CEL: 3206061199</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SARA ESTHER PONCE ROMERO

CON C.C N°1.010.204.611

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2109 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.542.528	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 59.883.366	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.771.264
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ

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. Presté servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica, los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
2	2. Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como aporté para mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
3	3. Diligencé en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios paraclínicos y demás registros propios de mi actuar, acorde a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas, respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con mi firma y sello.
4	4. Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
5	5. Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones.
6	6. Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad.
7	7. Coordiné el área de urgencias de manera integral y científica, envié el porcentaje de ocupación diariamente en cada entrega de actividades y gestioné la liberación de camillas en los servicios de urgencias tanto de APH, como de traslados secundarios.
8	8. Y las demás actividades derivadas de la supervisión del contrato.

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° 80634363	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/10/20	\$ 338.600

PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/20	\$ 433.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	\$ 66.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 838.000
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	<div><div>SARA ESTHER PONCE ROMERO PS_2109_2025_773B25</div><hr/><div>SARA ESTHER PONCE ROMERO CC: 1010204611</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_2109_2025_773B25</div><hr/><div>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

PAGADO 20/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PONCE ROMERO SARA ESTHER			Dirección	CL 7 SUR #6 - 54 MONSERRAT APARTAMENTOS
Documento	CC1010204611			Teléfono	3228602590
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Total Afiliados	1				

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	TAE	TDE	TDP	TAP	VSP	COR	IGC	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días 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 1010204611	SARA ESTHER PONCE ROMERO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 2.708.505	\$ 433.400	(EPS010) EPS SURA	\$ 2.708.505	\$ 338.600	2,436	\$ 2.708.505	\$ 66.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 838.000

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
\$ 2.708.505	\$ 2.708.505	\$ 2.708.505	\$ 0	\$ 433.400	\$ 338.600	\$ 66.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 838.000	\$ 8.900	\$ 846.900