

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                |            |            |            |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------|------------|------------|------------------------------------------------------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                |            |            |            |                                                            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                |            |            |            |                                                            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                      | CLARA DELVY GARCIA FLOREZ    |                                |            | CC:        | 52111072   |                                                            |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                       | CLARADELVYG@GMAIL.COM        |                                |            | TELÉFONO:  | 3115782216 |                                                            |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                      | TV 23A 47 40 SUR             |                                |            | CIUDAD:    | BOGOTA     |                                                            |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                  | BANCO BBVA COLOMBIA          | TIPO DE CUENTA:                | AHORROS    | N° CUENTA: | 0035038637 |                                                            |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                |            |            |            |                                                            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                          | PS 4792 2025                 | N° CDP:                        | 1911       | N°. RP:    | 0          | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: SIETE (7) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2025/02/10                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/08/31 |            |            |                                                            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                  | DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31 |                                |            |            |            |                                                            |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO                                                                                                                                                                                                                            | \$ 6.226.865                 |                                |            |            |            |                                                            |
| <div><div>CLARA DELVY GARCIA FLOREZ<br/>PS_4792_2025_34BDCC-2025-07-17 07:46:59</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>CLARA DELVY GARCIA FLOREZ<br/>CC: 52111072<br/>CEL: 3115782216</div> |                              |                                |            |            |            |                                                            |

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

CLARA DELVY GARCIA FLOREZ

CON C.C N°

52.111.072

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS  
PROFESIONALES No.

PS 4792 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/02/10

VALOR INICIAL DEL  
CONTRATO

\$

10.585.671

No. HORAS EJECUTADAS

0

VALOR TOTAL DEL  
CONTRATO INCLUIDO  
ADICIONES:

\$

41.719.996

VALOR DE HONORARIOS  
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

6.226.865

PLAZO DEL CONTRATO  
INCLUYENDO  
PRORROGAS

SIETE (7) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MERY CONCEPCIÓN BOLIVAR VARGAS

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 Revisión de fichas técnicas de indicadores del plan de desarrollo institucional vs almera

2 Revisión de las ficha técnicas de los equipos técnicos de MIPG

3 i. Revisión de las políticas institucionales de MIPG 16

4 Aporte de información para la Evaluación de Control Interno en Ambiente control

5 7. Enviar por correo a todos los procesos la Directiva No 9 Matriz ITA

6 Realizar el Informe con corte a mayo de los indicadores del Plan de Desarrollo Institucional

7 Realizar el seguimiento al plan de desarrollo institucional del mes de junio de 2025

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

No. DE PLANILLA:

N° 88123845

OPERADOR:

MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO

ENTIDAD

FECHA DE PAGO

VALOR PAGADO

SALUD:

SANITAS

2025/07/10

\$ 311.400

PENSIÓN:

COLPENSIONES

2025/07/10

\$ 398.600

RIESGOS LABORALES:

SURA

2025/07/10

\$ 60.700

OTRO

TOTAL PAGADO

\$ 770.700

## 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**



*CLARA DELVY GARCIA FLOREZ*

*PS\_4792\_2025\_34BDCC-2025-07-17 07:46:59*

**CLARA DELVY GARCIA FLOREZ**

**CC: 52111072**

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



*MERY CONCEPCIÓN BOLIVAR VARGAS*

*PS\_4792\_2025\_34BDCC-2025-07-17 22:28:17*

**MERY CONCEPCIÓN BOLIVAR VARGAS**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |           |     |
| 2025-06              | 2025-06                           | I             | 10/07/2025               | 88123845        | \$770.700 |     |

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 311.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 311.400        | 1             |               |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 60.700                 |                  |       |                        | 60.700                | 0         | 0                     | 60.700              |                            |                     | 607               | 60.700        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                         |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN               | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52111072          | CLARA DELVY GARCIA FLOREZ |        | TRANSV 63 nO 68f-27 SUR | 7318948            | claradelvyg@gmail.com               |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO            | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |        | BOGOTÁ D. C.            | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                           |        |                         |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                           |        |                         |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-06              | 2025-06                           | I             | 10/07/2025               | 88123845        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$770.700     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                           |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |         |    |     |     |     |          |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|---------|----|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |    | PENSIÓN |    |     |     |     |          | SALUD    |           |            | RIESGOS LABORALES    |                      |                                | CCF                             |          |           | PARAFISCALES           |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SIL | IOE | MA | MA      | MA | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 52111072              | GARCIA FLOREZ CLARA DELVY | 59        | 0       |           |                  | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |         |    |     |     |     |          | 25-14    | 2.490.746 | 398.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 2.490.746 | 311.400                | 14-11    | 2.490.746 | 3               | 60.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA