

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MONICA ANDREA NIETO SUPELANO		CC:	1023898834	
CORREO ELECTRÓNICO:	loony0207@hotmail.com		TELÉFONO:	3046532525	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10B ESTE 24A SUR 56		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66200012144

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6253 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

PS_6253_2025_EA2259

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

CC: 1023898834

CEL: 3046532525

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

MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

CON C.C N°

1.023.898.834

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 6253 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.250.014	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.250.014	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	VERIFICACIÓN Y CARGUE DE SOPORTES ADRES EN PLATAFORMAS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE
2	AGENDAMIENTO DE USUARIOS CONFORME A LA BASE DE DERIVACIONES Y BASES DE POBLACIÓN CAPITADA
3	VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN NORMATIVA 3280
4	TOMA DE LABORATORIOS DE MANERA EXTRA MURAL (DOMICILIOS Y JORNADAS PROGRAMADAS)
5	SEGUIMIENTO A TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO, RESULTADOS Y DATOS CRÍTICOS DE LOS MISMOS
6	ATENCIÓN A PQRS DEL ÁREA DE LABORATORIOS
7	FACTURACIÓN DE LABORATORIOS TOMADOS EN JORNADAS PROGRAMADAS Y DOMICILIOS

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° 1076404711-1076552681	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/14	\$ 125.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	\$ 161.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 24.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 311.600

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 ibr 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



MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

PS_6253_2025_EA2259

MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

CC: 1023898834

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6253_2025_EA2259

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO