

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA			CC:	52787229
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDREAFM332@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3188849923
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 110A 68C 62			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	006970502222
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5736 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.500.008	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA PS_5736_2025_517753 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA CC: 52787229 CEL: 3188849923					

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

MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA

CON C.C N°

52.787.229

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5736 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/11
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.666.688	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.024.152	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	RECORRIDO POR EL TERRITORIO ASIGNADO
2	CARACTERIZACIÓN DE INDIVIDUOS
3	INGRESO DE USUARIOS Y DATOS AL SISTEMA GITAPPS
4	DERIVACION DE USUARIOS PARA EN SALUD DE ACUERDO A SU CURSO DE VIDA Y NECESIDAD SEGUN RESOLUCION 3280 DE 2018
5	ASISTENCIA A LOS COMITES MENSUALES
6	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

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° 9492146721	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 206.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/14	\$ 264.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 40.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 510.900

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



MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA

PS_5736_2025_517753

MARJORY ANDREA FERNANDEZ MORA

CC: 52787229

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_5736_2025_517753

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52787229		FERNANDEZ MORA MARJORY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 110A NO 68C - 62	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3045489	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923411443	9494663669	I	2025/11/11	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	1	\$520,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,679,000	\$268,700			\$1,679,000	\$209,900			\$0	\$0			\$1,679,000	\$41,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,679,000	\$268,700			\$1,679,000	\$209,900			\$0	\$0			\$1,679,000	\$41,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,679,000	\$268,700			\$1,679,000	\$209,900			\$0	\$0			\$1,679,000	\$41,000		\$0	\$0	
1	CC	52787229	FERNANDEZ MARJORY	231001	30	\$1,679,000	\$268,700	EPS008	30	\$1,679,000	\$209,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,679,000	\$41,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,679,000	\$268,700			\$1,679,000	\$209,900			\$0	\$0			\$1,679,000	\$41,000		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52787229		FERNANDEZ MORA MARJORY ANDREA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CRRA 110A NO 68C - 62	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3045489	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923411443	9494663669	I		2025/11/11	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	1	\$520,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$268,700	\$200	\$0	\$268,900	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$268,700	\$200	\$0	\$268,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,000	\$100	\$0	\$41,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$41,000	\$100	\$0	\$41,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$209,900	\$200	\$0	\$210,100	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$209,900	\$200	\$0	\$210,100	
TOTAL				1	\$519,600	\$500	\$0	\$520,100	