

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA CECILIA BARRERA MORA		CC:	52160599	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANYCECIBA@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3188566830	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 64B 55 80 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:	

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7760 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 760.830
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/20 AL 2025/10/31		



ANA CECILIA BARRERA MORA
PS_7760_2025_33335E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANA CECILIA BARRERA MORA

CC: 52160599

CEL: 3188566830

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

ANA CECILIA BARRERA MORA

CON C.C N°

52.160.599

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO 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 7760 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/10/20

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

799.958

No. HORAS EJECUTADAS

70

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

799.958

VALOR DE HONORARIOS

\$

760.830

PERÍODO A CERTIFICAR:

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

DOCE (12) DIAS

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	Brindar apoyo técnico y metodológico en los procesos de mapeo y cartografía social de los territorios priorizados, con el fin de identificar actores clave, dinámicas comunitarias, recursos territoriales y problemáticas relevantes que orienten las estrategias de intervención en cada microterritorio.
2	Garantizar la adecuada recepción, organización, ejecución y seguimiento de las órdenes generadas por los profesionales del equipo base, asegurando la articulación con las acciones en territorio y la respuesta oportuna a las necesidades identificadas.
3	Establecer un primer acercamiento institucional y comunitario en los microterritorios y territorios asignados, con el fin de informar, concertar y preparar la ejecución de las actividades planificadas, de acuerdo con la ruta operativa definida por el equipo técnico.
4	Garantizar la socialización oportuna, clara y accesible de las institucionales planificadas en cada territorio, utilizando medios y herramientas comunicativas adecuadas que fortalezcan el vínculo con la comunidad y promuevan su participación activa.
5	Fortalecer los procesos de organización comunitaria y empoderamiento territorial mediante la convocatoria, desarrollo y seguimiento de espacios de participación social y popular en cada uno de los microterritorios abordados por el equipo, promoviendo el diálogo, la concertación y la construcción colectiva

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 (2025-10-20) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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 style="text-align: center;">  <p><i>ANA CECILIA BARRERA MORA</i> <i>PS_7760_2025_33335E</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>ANA CECILIA BARRERA MORA CC: 52160599</p> </div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div style="text-align: center;">  <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_7760_2025_33335E</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> </div>		