

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ			CC:	1120578163
CORREO ELECTRÓNICO:	LUZANGELICA1005@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3208209487
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 38 19 82 TO 2 AP 123 SOACHA			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	82861164426
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5687 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 6.226.865
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				



LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ
PS_5687_2025_85EEE3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ
CC: 1120578163
CEL: 3208209487

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

LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ

CON C.C N°

1.120.578.163

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ADMINISTRADORA DE EMPRESAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5687 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/06
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.189.054	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 36.323.379	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
------------------------	---------------------------

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	Realicé seguimiento financiero a los convenios interadministrativos, resoluciones y/o contratos suscritos con la SDS, FDL, SED y el Ministerio de Salud, entre otros, con acompañamiento a la gestión técnica en el desarrollo de los mismos, con el fin de llevar un control financiero adecuado de cada uno. Envié mensualmente a través del correo institucional el cronograma de seguimiento financiero a cada supervisor del convenio, así como la solicitud de entrega de información asociada directamente a su ejecución. Analicé, revisé y procesé la información recibida de los supervisores y diligencé los formatos de seguimiento y ejecución financiera formalizados. Elaboré actas de reunión registrando objetivos, temas tratados, desarrollo y compromisos definidos. Efectué la solicitud de traslado de los recursos financieros producto de la ejecución del convenio y elaboré certificados de concepto de uso y giro de recursos relacionados con los procesos de liquidación, conforme al formato vigente. Apoyé a la Dirección Financiera en la fase inicial de liquidación de los convenios, verificando los pagos del talento humano asociados para su respectiva certificación. Elaboré la certificación de aporte de la Subred de acuerdo con el formato establecido, controlando y manteniendo actualizados los archivos magnéticos en relación con la proyección y ejecución del convenio, según la información entregada por los supervisores y el área responsable. Presenté informes, atendí solicitudes y requerimientos relacionados con el seguimiento financiero de los convenios asignados hasta su formal liquidación. Brindé apoyo al referente de convenios de la Subred Centro Oriente en las labores designadas, así como en las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494650308	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/13	\$ 311.340
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/13	\$ 398.515

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/13	\$ 60.673
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 770.528
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	 LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ PS_5687_2025_85EEE3 LUZ ANGELICA MUÑOZ RAMIREZ CC: 1120578163		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		