


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA	CC:	1033730309		
CORREO ELECTRÓNICO:	neira693@gmail.com	TELÉFONO:	3227229135		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51A SUR 1B 29 ESTE	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 7338 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.642.629
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/06 AL 2025/10/31		

 **MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA**
PS_7338_2025_CECE6C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA

CC: 1033730309

CEL: 3227229135

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

MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA

CON C.C N°

1.033.730.309

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMER?A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 775548 DE 2025 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD PARA LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7338 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.779.080	No. HORAS EJECUTADAS	159
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.779.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.642.629
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
--	-------------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	-------------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
-------------------------------	----------------------------------

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	Para el mes octubre se realiza proceso de sensibilización con la entrega de 40 formatos, orientación, registro y aplicación de encuestas, durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo con las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa.
2	Para el mes de octubre se confirman los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados.
3	Para el mes de octubre se recoge a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehículo a los usuarios con limitación de movilidad física mediante ayudas técnicas (ramplas).
4	Para el mes de octubre se aplican las guías de manejo institucional, protocolo de desinfección, manual de bioseguridad durante la operación de la ruta de la salud.
5	Para el mes de octubre se reporta las novedades a la coordinación sobre situaciones que se presentan durante el traslado de la población objeto en el programa Ruta de la Salud.
6	Para el mes de octubre cumplir con los planos, digitación y demás actividades acorde a la operación del programa Ruta de la Salud, desde los diferentes Centros de Salud y Hospitales de la Subred.
7	Para el mes de octubre se atiende a la población beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentar alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en su de auxiliar de enfermería.
8	Para el mes de octubre se asiste a las reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa Ruta de la Salud de Subred Oriente, y demás a las que sean citadas.
9	Para el mes de octubre se viste adecuadamente los elementos de identificación suministrados y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).
10	Para el mes de octubre 2025 se desarrollan las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación del programa ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE
11	Para el mes de octubre 2025 las demás actividades que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 775548 de 2025 Programa Ruta de la Salud, en cuanto a la asistencia a fortalecimientos institucionales, entre otros.

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 (2025-10-06) 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:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

- 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 ningún 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	 <p style="text-align: right;"><i>MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA</i> <i>PS_7338_2025_CECE6C</i></p> <hr style="width: 60%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA CC: 1033730309</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p style="text-align: right;"><i>LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS</i> <i>PS_7338_2025_CECE6C</i></p> <hr style="width: 60%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: right;"><i>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</i> <i>PS_7338_2025_CECE6C</i></p> <hr style="width: 60%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>