

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELA PAOLA ROJAS USECHE			CC:	52506295
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGELAPAOLAR79@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3222187266
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72M BIS 40D 16 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480297269
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1051 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.640.480	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 ANGELA PAOLA ROJAS USECHE PS_1051_2025_05A619 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA PAOLA ROJAS USECHE CC: 52506295 CEL: 3222187266					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
ANGELA PAOLA ROJAS USECHE				
CON C.C N°		52.506.295		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNOLOGICO COMO HIGIENISTA ORAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1051 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.561.920	No. HORAS EJECUTADAS	240	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 28.957.264	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.640.480	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA		
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	Se prestan los servicios como higienista para el desarrollo de las actividades.			
2	Se apoya la prestación de servicios de odontología, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales.			
3	Se apoyan las actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización conforme a protocolos institucionales.			
4	Se apoya la ejecucion de las actividades realizadas por el odontologo.			
5	Se apoyan las actividades relacionadas con el proceso de acreditacion.			
6	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Se apoyan las actividades relacionadas con el proceso de acreditacion.			
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° 91414466	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/19	\$ 178.000	
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/19	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/19	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 405.800	

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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



ANGELA PAOLA ROJAS USECHE

PS_1051_2025_05A619

ANGELA PAOLA ROJAS USECHE

CC: 52506295

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



GUILLERMO RUBIO GUIZA

PS_1051_2025_05A619

GUILLERMO RUBIO GUIZA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52506295	ANGELA PAOLA ROJAS USECHE		CRA 72 M BIS No. 40 D - 16 SUR	4513628	angelapaolar79@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	19/11/2025	91414466	\$434.300
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52506295	ANGELA PAOLA ROJAS USECHE		CRA 72 M BIS No. 40 D - 16 SUR	4513628	angelapaolar79@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	19/11/2025	91414466	10
					TOTAL A PAGAR
					\$434.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	VAC	AVP	VCV	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52506295	ROJAS USECHE ANGELA PAOLA	3	0			N																230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje
☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
☐ Si
☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					
Crear					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1 PS 1051 2025 CRP-4444.pdf	1 PS 1051 2025 CRP-4444.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ 2 PS 1051 2025 CRP-14916.pdf	2 PS 1051 2025 CRP-14916.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 3 PS 1051 2025 CRP-18622.pdf	3 PS 1051 2025 CRP-18622.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1051 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ NC ADI PRO CDP 2994.zip	NC ADI PRO CDP 2994.zip	Comprador Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo		

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >