

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA			CC:	1102839771
CORREO ELECTRÓNICO:	KATRIN258@HOTMAIL.ES			TELÉFONO:	3008677437
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 25A 45B 56 AP 401			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	50688558937
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3231 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 733.497	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/24 AL 2025/10/30				
<div><div>KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA PS_3231_2025_EAB7B5</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA CC: 1102839771 CEL: 3008677437</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA

CON C.C N°1.102.839.771

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS APOYO TECNICO COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA
ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 3231 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$9.430.680No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$31.435.600VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$733.497

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS

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)

1Se realiza la solicitud de cambio de usuario para agil salud, cambio de datos para el correo electrónico de la Dra. Dian Carolina Boñalos, se solicita la creación de usurio en el aplicativo de pagos, se solicita la creación de usuario para siproj web, se liquida en el aplicativo de pagos los días correspondientes a 24 a 30 de octubre para los contratista de la oficina jurídica.

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 (2025-10-24) AL (2025-10-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9492548594	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/10	\$ 177.938
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.375

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



KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA

PS_3231_2025_EAB7B5

KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA

CC: 1102839771

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



DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS

PS_3231_2025_EAB7B5

DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS

SUPERVISOR DEL CONTRATO