

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA			CC:	38233377
CORREO ELECTRÓNICO:	MARTHAECARDOZO@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3246847892
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 68C 57H 17 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480242992
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5187 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.143.560	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA PS_5187_2025_42DB1A NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA CC: 38233377 CEL: 3246847892					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA

CON C.C N° 38.233.377

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 5187 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.325.895	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.043.695	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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	Contabilización de 105 facturas por servicios de mantenimiento, arrendamientos , arl y seguros
2	Contabilización de 97 facturas por servicios públicos.
3	Contabilizacion de 54 documentos caja menor,CBI 20 y gastos 34; teniendo en cuenta la provisión y centro de costos según el caso.
4	Contabilización de notas débitos y créditos (10) por ajustes por reclasificación por números de facturas, base de la retención de impuesto y fechas de facturas, registro de los centros de costos respectivamente según el caso y entrega al Líder del área de CXP para su respectiva revisión, aceptación y firma y entrega definitiva al área de tesorería, una por una la respectivas facturas con sus soportes, notas débitos e informes del CBI.
5	Revision para la radicación y entrega de documentos, facturas certificadas por los supervisores, aportes a la seguridad social y tarjeta profesional del contador y antecedentes disciplinarios, se procede a la verificación de fechas y valores del periodo de causación por parte del área de cada uno de los procesos
6	Se consulta acuerdos y resoluciones para la verificación de las responsabilidades tanto distritales como nacionales para la contabilización de la retención de impuestos solicitando copia del RUT actualizado para los casos en que se cambian las novedades.
7	Registro del RUT para verificación terceros y proveedores para caja menor

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° 9494692706	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/11/13	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	\$ 34.700
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 212.700
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	 MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA PS_5187_2025_42DB1A MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA CC: 38233377	
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LINA YISBETH NIÑO PATIÑO PS_5187_2025_42DB1A LINA YISBETH NIÑO PATIÑO SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_5187_2025_42DB1A ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	