

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS			CC:	1010238840
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIETH.FLOREZ1998@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3208156546
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72C 7B 09			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4882012359
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3058 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.709.728	
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				
<div><div>ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS PS_3058_2025_312948</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS CC: 1010238840 CEL: 3208156546</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS

CON C.C N°1.010.238.840

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3058 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.838.912	No. HORAS EJECUTADAS	198
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 48.170.256	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.709.728
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

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 REALIZÓ MANTENIMIENTO MENSUAL Y SEMANA DE EQUIPOS DE QUIMICA, HEMATOLOGÍA Y ORINAS SE REALIZÓ CALIBRACIÓN Y CONTROL DE ANALITOS Y SE AJUSTARON GRAFICAS DE UNITY SE TOMARON DIARIAMENTE TEMPERATURAS DE REFRIGERADORES Y AMBIENTAL SE REALIZÓN PROCESAMIENTO Y VALIDACION DE EXAMENES DE TODAS LAS AREAS

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° 1076400826	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/13	\$ 214.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/13	\$ 274.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	\$ 41.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 531.100

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, 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



ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS

PS_3058_2025_312948

ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS

CC: 1010238840

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



MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

PS_3058_2025_312948

MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

SUPERVISOR DEL CONTRATO



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-11-13, 08:48:48 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1010238840
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1077236519
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1925327294
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	\$ 542.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 274.600	\$ 200
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$ 214.600	\$ 200
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 41.900	\$ 100
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 10.300	\$ 100
SubTotales:				\$ 541.400	\$ 600
Total a Pagar:					\$ 542.000

