


**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	MONICA ANDREA NIETO SUPELANO		<b>CC:</b>	1023898834	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	loony0207@hotmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3046532525	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 10B ESTE 24A SUR 56		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	66200012144

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 6253 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.500.008
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/09/10	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		

 *MONICA ANDREA NIETO SUPELANO*  
*PS\_6253\_2025\_A650F8*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

MONICA ANDREA NIETO SUPELANO

CC: 1023898834

CEL: 3046532525

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

**MONICA ANDREA NIETO SUPELANO**

**CON C.C N°**

**1.023.898.834**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 6253 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/09/10</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.250.014	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 6.750.022	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.500.008
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>TRES (3) MESES</b>
--	-----------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	<b>HOSPITAL SANTA CLARA</b>
--	-----------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	<b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b>
-------------------------------	----------------------------------

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	VERIFICACIÓN Y CARGUE DE SOPORTE ADRES EN PLATAFORMAS DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE
2	AGENDAMIENTO DE USUARIOS CONFORME A LA BASE DE DERIVACIONES Y BASES DE POBLACION CAPITADA
3	VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN NORMATIVA RESOLUCIÓN 3280
4	TOMA DE LABORATORIOS DE MANERA EXTRA MURAL, DOMICILIO Y JORNADAS PROGRAMADAS
5	SEGUIMIENTO A TOMA Y RESULTADOS DE LABORATORIOS O DATOS CRITICOS
6	ATENCIÓN A PQRS DEL ÁREA DE LABORATORIOS
7	FACTURACIÓN DE LABORATORIOS TOMADOS EN JORNADAS PROGRAMADAS O DOMICILIOS
8	VALIDACIÓN Y SEGUIMIENTO A EVOLUCIONES DE PROFESIONALES DE PSICOLOGIA

**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?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1077320085	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2025/11/18	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

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 ibr 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**



*MONICA ANDREA NIETO SUPELANO*

*PS\_6253\_2025\_A650F8*

**MONICA ANDREA NIETO SUPELANO**

**CC: 1023898834**

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



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_6253\_2025\_A650F8*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-17, 08:21:54 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1077888341

Periodo Cotización: noviembre de 2025    Periodo Servicio: noviembre de 2025

## PAGADO 09/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	MONICA ANDREA NIETO SUPELANO		
<b>Documento</b>	CC1023898834	<b>Dirección</b>	CR 10B ESTE #21 SUR - 65 CASA
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	2800335
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total												
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total			
CC 1023898834	MONICA ANDREA NIETO SUPELANO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 500	\$ 441.000