

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO			CC:	1012420096
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIANAEISABELLA68@GMAIL.COM			TELÉFONO:	310597754
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69 # 80 n 88			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24065662867
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2880 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.597.312	
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><div>LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO PS_2880_2025_91EEF0</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO CC: 1012420096 CEL: 310597754</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO

CON C.C N°1.012.420.096

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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 2880 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$14.389.248No. HORAS EJECUTADAS192

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$39.570.432VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.597.312

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASONCE (11) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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	Realice 704 sesiones de terapia física, en el ámbito de consulta externa, procurando el mejoramiento de la salud del paciente.
2	Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3	Conozco y cumpla con las políticas y procedimientos establecidos pos la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumpla los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumpla la visión y mision de la Subre Centro Oriente.
4	Realice 704 sesiones de terapia física dando cobertura en la unidad de consulta externa.
5	Porcentaje de adherencia durante el mes fue de 94% , se evaluaron 40 pacientes registrados en base de datos, incluyendo actividades educativas al paciente o cuidador, documento registrado en historia clínica.
6	Entrega de informe de producción mensual (03- Noviembre- 2025) , entrega de objetivos (03- Noviembre-2025) diligenciamiento de drives (03-Noviembre-2025)
7	Realice registro completo y con calidad de (706 historias clinicas) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
8	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
9	Participe en la reunión (CAPACITACION DE INFECCIONES) El dia 23- Octubre -2025
10	Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfeccion.
11	Asistí a la unidad de San Blas, en le mes, según orden de mi supervisora de contrato) de 6am - 5 pm

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° 91452946OPERADOR:MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/14	\$ 179.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/14	\$ 230.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	\$ 35.052
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 445.252
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	<div><div>LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO PS_2880_2025_91EEF0</div><hr/>LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO CC: 1012420096</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_2880_2025_91EEF0</div><hr/>ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	91452946	\$445.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	179.900	0		0		0	0	0	0	179.900	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	230.300	0	0	0	0	0	0		230.300	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	35.100				35.100	0	0	35.100			351	35.100	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

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	179.900	179.900
Pensión	1	230.300	230.300
Riesgos Laborales	1	35.100	35.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	445.300	445.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012420096	LEIDY MARIANA RUBIO CAMELO		CALLE 69 SUR 80 N 88	3105697754	marianaeisabella68@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	14/11/2025	91452946	\$445.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IDE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1012420096	RUBIO CAMELO LEIDY MARIANA				59	0			N								X										230201	1.438.925	230.300	0	0		0	0	EPS005	1.438.925	179.900	14-11	1.438.925	3	35.100		0	0	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

Datos guardados

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿ Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ 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 2880 2025 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf	PS 2880 2025 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2028- 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2028- 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2880 - 2025 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	PS 2880 - 2025 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	1 PS 2880 2025 CRP-4880.pdf	1 PS 2880 2025 CRP-4880.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	2 PS 2880 2025 CRP-14779.pdf	2 PS 2880 2025 CRP-14779.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO JULIO (2).pdf	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO JULIO (2).pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 2880-2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	3 PS 2880 2025 CRP-18332.pdf	3 PS 2880 2025 CRP-18332.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 2880 SEPTIEMBRE- CUENTA DE COBRO.pdf	PS 2880 SEPTIEMBRE- CUENTA DE COBRO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 2880 OCTUBRE-2025.pdf	PS 2880 OCTUBRE-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

RezarCambiar nuevo