

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA LUDIVIA JIMENEZ PEREZ	CC:	52166273		
CORREO ELECTRÓNICO:	LUDIAML@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3124252041		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1D 41 30 SUR	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66749902583

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5666 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



MARIA LUDIVIA JIMENEZ PEREZ

PS\_5666\_2025\_4E2CFF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA LUDIVIA JIMENEZ PEREZ

CC: 52166273

CEL: 3124252041

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

**MARIA LUDIVIA JIMENEZ PEREZ**

CON C.C N°

**52.166.273**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5666 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/05/06</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 7.166.690	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14.157.654	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.500.008
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES
--	-----------------

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

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

**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 caracterización de individuos de la localidad de San Cristóbal en el barío de san pedro
2	Realice registros en gtaps
3	Realice educación en derechos y deberes a 50 personas
4	Realice la verificación de carnet de vacunas a todos los menores de 5 años
5	Se hace solicitud de manzanas en en link asignado
6	Participe en el comité mensual del Equipo Básico en Salud.

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1076434220	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/13	\$ 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**



*MARIA LUDIVIA JIMENEZ PEREZ*

*PS\_5666\_2025\_4E2CFF*

**MARIA LUDIVIA JIMENEZ PEREZ**

**CC: 52166273**

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



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_5666\_2025\_4E2CFF*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**