

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN BIBIANA FORERO GARCIA		CC:	1032464324	
CORREO ELECTRÓNICO:	kbforero@fucsad.edu.co		TELÉFONO:	3204778796	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B 59 31		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488401690000

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6410 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 15.326.614
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/22	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



KAREN BIBIANA FORERO GARCIA
PS_6410_2025_7973B7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KAREN BIBIANA FORERO GARCIA

CC: 1032464324

CEL: 3204778796

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

KAREN BIBIANA FORERO GARCIA

CON C.C N°

1.032.464.324

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 6410 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/09/22

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 22.325.152

No. HORAS EJECUTADAS

166

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$ 39.498.346

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 15.326.614

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CENTRO DE SALUD CHIRCALES

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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 166 HORAS EN EL MES DE NOVIEMBRE EN LAS CUALES REALICE 410 CONSULTAS
2	Se realizo acompañamiento a los requerimientos de facturacion para apoyar proceso de conciliacion
3	Participe en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera durante el mes

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° 7991614790	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/12	\$ 813.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/12	\$ 1.106.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 158.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.078.800

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



KAREN BIBIANA FORERO GARCIA

PS_6410_2025_7973B7

KAREN BIBIANA FORERO GARCIA

CC: 1032464324

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_6410_2025_7973B7

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO