

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	VALENTINA PAOLA PEÑA CANTILLO			CC:	1016109826
CORREO ELECTRÓNICO:	CANTILLOVALENTINA99@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3209207457
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 123 14 81			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488438726769
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4171 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.893.400	
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>VALENTINA PAOLA PEÑA CANTILLO PS_4171_2025_E9CB42</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VALENTINA PAOLA PEÑA CANTILLO CC: 1016109826 CEL: 3209207457</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
VALENTINA PAOLA PEÑA CANTILLO

CON C.C N° 1.016.109.826

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4171 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.680.200	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 42.827.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.893.400
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
------------------------	---------------------------

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	Realizar disponibilidades, registros, obligaciones y giros (revision de nomina, facturacion, contratacion de bienes y servicios, caja menor, parafiscales, ARL, polizas) de acuerdo a los lineamientos pactados con el profesional del area en el mes de noviembre.
2	Apoyar estudios y análisis para el desarrollo de las actividades relacionadas con la elaboración, administración y control de presupuesto.
3	Se realizaron las obligaciones y giros correspondientes de proveedores del mes de noviembre.
4	Se apoyo la verificacion presupuestal en las bases de datos de contratistas para pago correspondientes a el mes de noviembre.

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° 91436119	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 195.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	\$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 38.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 482.200

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



VALENTINA PAOLA PEÑA CANTILLO

PS_4171_2025_E9CB42

VALENTINA PAOLA PEÑA CANTILLO

CC: 1016109826

FIRMA DE QUIEN VALIDA



RONALD JOSÉ PAYARES SERRANO

PS_4171_2025_E9CB42

RONALD JOSÉ PAYARES SERRANO

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_4171_2025_E9CB42

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO