

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	MARIA ANGEL BONILLA JIMENEZ		<b>CC:</b>	1026256251
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	MARIABONILLAJ.ESTUDIANTE@FUNCA.EDU.CO		<b>TELÉFONO:</b>	3237877070
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 38 SUR 2B 52		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	ITAU (Helm Bank)	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 727032737

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5050 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1.983.552
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/03/07	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/15
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



MARIA ANGEL BONILLA JIMENEZ  
 PS\_5050\_2025\_1F804C

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

MARIA ANGEL BONILLA JIMENEZ

**CC: 1026256251**

**CEL: 3237877070**

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

**MARIA ANGEL BONILLA JIMENEZ**

CON C.C N°

**1.026.256.251**

<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 DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5050 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/03/07</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.636.512	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>192</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 21.488.480	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.983.552
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	ONCE (11) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA
--	--------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
-------------------------------	------------------------------

**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	Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma del mes de DICIEMBRE 2025
2	Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados del mes de DICIEMBRE 2025
3	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermería se realizó teniendo en cuenta las practicas seguras el mes del mes de DICIEMBRE 2025 192 HORAS
4	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.del mes de DICIEMBRE de 2025

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 91848078	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	\$ 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 ANGEL BONILLA JIMENEZ*

*PS\_5050\_2025\_1F804C*

**MARIA ANGEL BONILLA JIMENEZ**

**CC: 1026256251**

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



*CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN*

*PS\_5050\_2025\_1F804C*

**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026256251	MARIA ANGEL BONILLA JIMENEZ		Calle 38 sur #2b 52	3642326	bonillajimenezmariangel0309@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	\$449.100				

## 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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	8.600	0	0	8.600	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>449.100</b>	<b>449.100</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026256251	MARIA ANGEL BONILLA JIMENEZ		Calle 38 sur #2b 52	3642326	bonillajimenezmariangel0309@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91848078	\$449.100		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ACT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1026256251	BONILLA JIMENEZ MARIA ANGEL	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF21	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

# PAGADA

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS 5050 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5050 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5050 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 5050 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5050 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5050 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 5050 2025 CRP 23-05-2025.pdf	PS 5050 2025 CRP 23-05-2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_5050_CUENTACOBROJUNIO2025.pdf	PS_5050_CUENTACOBROJUNIO2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS_5050_CUENTACOBROJULIO2025.pdf (Archivado)	PS_5050_CUENTACOBROJULIO2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS 5050 CUENTACOBROJULIO.pdf (Archivado)	PS 5050 CUENTACOBROJULIO.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_5050_CUENTACOBROJULIO.pdf	PS_5050_CUENTACOBROJULIO.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_5050_CUENTACOBROAGOSTO2025.pdf	PS_5050_CUENTACOBROAGOSTO2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> SUPERVISOR DE COMUNICACION 8-9-2025 PS 5050 2025.pdf	SUPERVISOR DE COMUNICACION 8-9-2025 PS 5050 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3 PS 5050 2025 CRP-18772.pdf	3 PS 5050 2025 CRP-18772.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2 PS 5050 2025 CRP-15028.pdf	2 PS 5050 2025 CRP-15028.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_5050_CUENTACOBROSEPTIEMBRE2025.pdf	PS_5050_CUENTACOBROSEPTIEMBRE2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_5050_CUENTACOBROOCTUBRE2025.pdf	PS_5050_CUENTACOBROOCTUBRE2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS_5050_CUENTACOBRONOVIEMBRE2025.pdf (Archivado)	PS_5050_CUENTACOBRONOVIEMBRE2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS_5050_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_5050_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_5050_CUENTACOBRONOVIEMBRE.pdf	PS_5050_CUENTACOBRONOVIEMBRE.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Eliminar seleccionado

Subir nuevo

Cancelar

<

Evaluación del comprador

>