

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ		CC:	1030702418	
CORREO ELECTRÓNICO:	GERALC49@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3106797137	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 34 14 00 ESTE BL 33		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	122081025

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5703 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ  
PS\_5703\_2025\_53240D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ

CC: 1030702418

CEL: 3106797137

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

**ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ**

**CON C.C N°**

**1.030.702.418**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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 5703 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/10</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.750.022	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14.076.132	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.500.008
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) 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	Aseguro que cada usuario reciba la atención adecuada mediante la verificación de la frecuencia de uso de los servicios de salud. Realizo 100 caracterizaciones en la localidad de san cristobal
2	Garantizo la correcta apertura y gestión de historias clínicas, permitiendo que los profesionales registren sus atenciones sin contratiempos en el aplicativo gtaps
3	Certifico que las atenciones queden registradas en el sistema y realizo el cierre administrativo de los procesos del gtaps
4	Verifico antecedentes de vacunación en PAI WEB 2.0 y gestiono la aplicación de biológicos faltantes.
5	Confirmando datos de ubicación de los usuarios y evito fallas en la atención domiciliaria mediante contacto telefónico previo.
6	Mantengo comunicación constante con usuarios y cuidadores para confirmar datos y coordinar atenciones.
7	Participo de manera activa en los comités de cuidado aportando mis observaciones y reportes.
8	Atiendo todas las actividades adicionales que me asigne el supervisor, siempre dentro del marco del convenio de 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° 1076037608	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/15	\$ 34.700
OTRO			

TOTAL PAGADO

\$ 440.500

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**



ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ

PS\_5703\_2025\_53240D

ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ

CC: 1030702418

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS\_5703\_2025\_53240D

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO