

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SARA FERNANDA CRUZ VARGAS		CC:	1027520593	
CORREO ELECTRÓNICO:	sarac9863@gmail.com		TELÉFONO:	3114473316	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 89C SUR 10 33 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91232813046

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6044 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/28	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



SARA FERNANDA CRUZ VARGAS
PS_6044_2025_59987C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SARA FERNANDA CRUZ VARGAS

CC: 1027520593

CEL: 3114473316

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

SARA FERNANDA CRUZ VARGAS

CON C.C N°

1.027.520.593

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 6044 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/07/28

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

2.833.342

No. HORAS EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

15.434.832

VALOR DE HONORARIOS

\$

2.500.008

PERÍODO A CERTIFICAR:

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	VERIFICAR LA FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES PARA DEFINIR LA ATENCIÓN QUE CORRESPONDE A CADA USUARIO.
2	GARANTIZAR LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EL ACCESO AL PROFESIONAL DE SALUD PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN.
3	REVISAR EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN Y REALIZAR EL CIERRE DEL PROCESO.
4	COMUNICARSE TELEFÓNICAMENTE CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA CONFIRMAR DATOS E INFORMAR LA FECHA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.
5	LLEVAR UN REGISTRO DIARIO DE LOS USUARIOS CARACTERIZADOS Y LA INFORMACIÓN DEL PROCESO.
6	PARTICIPAR EN LOS COMITÉS DE CUIDADO.
7	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR, CONFORME AL CONVENIO DE EBS Y LA RESOLUCIÓN 1499 DE 2024.
8	APOYAR EL PROCESO DE FACTURACIÓN.

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

No. DE PLANILLA:	N° 9495792247	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/16	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/16	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/16	\$ 34.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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	<div style="text-align: center;">  <p><i>SARA FERNANDA CRUZ VARGAS</i> <i>PS_6044_2025_59987C</i></p> <hr/> <p>SARA FERNANDA CRUZ VARGAS CC: 1027520593</p> </div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div style="text-align: center;">  <p><i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_6044_2025_59987C</i></p> <hr/> <p>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> </div>		

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2012720798	9495792247	I	2025/12/22	2025/12/16	BANCOLOMBIA	0	\$440,500
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	