

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ANDREA PAOLA RODRIGUEZ CRISTANCHO		<b>CC:</b>	1013626270	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	andreita16d@hotmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3017023318	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 2A 17A 34A SUR		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	008480393076

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 8018 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.336.964
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/12/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/12/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ANDREA PAOLA RODRIGUEZ CRISTANCHO  
PS\_8018\_2025\_CC74E8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDREA PAOLA RODRIGUEZ CRISTANCHO

CC: 1013626270

CEL: 3017023318

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

**ANDREA PAOLA RODRIGUEZ CRISTANCHO**

**CON C.C N°**

**1.013.626.270**

<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 EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 8018 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/12/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.250.004	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>172</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 2.500.008	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.336.964
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>UNO (1) MESES</b>
--	----------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	<b>HOSPITAL SANTA CLARA</b>
--	-----------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	<b>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</b>
-------------------------------	---------------------------------------

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	ASISTENCIA TECNICA CITADA POR LOS LIDERES DE GRUPO Y DIRECTIVOS
2	IACOMPAÑAMIENTO A GRUPOS AL TERRITORIO PARA CARACTERIZACION
3	VISITA A CASA DE LOS USUARIOS PARA TOMAR DATOS E INCLUIR EN EL APLICATIVO GTAPPS
4	REALIZACION DE INFORMES DE PACIENTES CARACTERIZADOS
5	ASISTENCIA A LAS PREAUDITORIAS CON LA JEFE PAULA

**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?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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° 234554524436	<b>OPERADOR:</b>	<b>SOI</b>
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/12	\$ 118.625
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/12	\$ 151.840
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/12	\$ 23.117
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 293.582</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**



*ANDREA PAOLA RODRIGUEZ CRISTANCHO*

*PS\_8018\_2025\_CC74E8*

**ANDREA PAOLA RODRIGUEZ CRISTANCHO**

**CC: 1013626270**

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



*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*

*PS\_8018\_2025\_CC74E8*

**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**