

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

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

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. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
-----------------------------	--

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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.250.004	No. HORAS EJECUTADAS	172
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

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

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) 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	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?	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° 234554524436	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/12	\$ 118.625
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/12	\$ 151.840
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/12	\$ 23.117
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 293.582

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