

PAGADO 11/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA AMPARO LIZARAZO RODRIGUEZ			Dirección	CL 48N SUR #5 B - 36
Documento	CC39793162			Teléfono	3134996869
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGE	LMA	VAC	AVP	ACT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 39793162	GLORIA AMPARO LIZARAZO RODRIGUEZ	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA AMPARO LIZARAZO RODRIGUEZ			CC:	39793162
CORREO ELECTRÓNICO:	LOLILIZARAZO11@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3134996869
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48N SUR 5B 36			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	18619491994
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5978 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/23	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				



GLORIA AMPARO LIZARAZO RODRIGUEZ
PS_5978_2025_8FDBB2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GLORIA AMPARO LIZARAZO RODRIGUEZ
CC: 39793162
CEL: 3134996869

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
GLORIA AMPARO LIZARAZO RODRIGUEZ				
CON C.C N°			39.793.162	
OBJETO DEL CONTRATO:		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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5978 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/23
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	3.250.010	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	16.304.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
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	SE LLEVA A CABO LA REVISION PERIODICA DE LOS REGISTRO DE ATENCION DE LOS USUARIOS EN LA BASE DE DATOS INTERNA DEL CENTRO GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION Y ADAPTANDO LAS INTERVENCIONES ALAS NECESIDADES PARTICULARES DE LOS PACIENTES INTRAMURALES			
2	ASEGURA QUE LA INFORMACION DE LOS USURIOS ATENDIDOS EN EL CAPS SEA REGISTRADA DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL CENTRO			
3	IDENTIFICAR LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA (ALTA, MEDIA O BAJA) SEGÚN LAS CONDICIONES CLINICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, REALIZANDO SEGUIMIENTO PERIODICO Y CIERRE DEL CASO EN EL SISTEMA DEACUERDO CON LA PRIORIDAD ASIGNADA			
4	REVISAR EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL USUARIO EN EL SISTEMA PAI WEB 2.0 REALIZANDO DEMANDA INDUCIDA PARA EL AGENDAMIENTO DE CADA PACIENTE, SE ORGANIZA JORNADAS DE VACUNACION DENTRO DEL CAPS SE ASEGURA LA ACTUALIZACION Y COBERTURA COMPLETA DE BIOLOGICOS.EN CASO DE ENCONTRARREGISTROS INCOMPLETOS SE INFORMA AL PROFESIONAL DE PAI PARA SU CORRECCION			
5	REALIZAR CONTACTO TELEFONICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA RECORDARLES EL DIA Y HORA DE LA CITA ASIGNADA PARA CONSULTA EN EL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO			
6	LLEVAR EL REGISTRO DE USUARIOS CARACTERIZADOS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE CRITRIOS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN LOS ESTANDARES.			
7	ASISTIR A CAPACITACIONES DE LA RUTA INTEGRAL DE LA SALUD, COMITES Y/O CONVOCATORIAS.			
8	REALIZAR VALORACION INTEGRAL A LOS USUARIOS DURANTE LA INTERVENCION, IDENTIFICANDO RIESGO Y DERIVANDO A LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES DENTRO DEL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.			
9	REALIZAR NOTIFICACION D EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA SIVIGILA.			
10	AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCION 3280-2018) DANDO CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION SEGÚN LA NECESIDAD QUE EVIDENCIEN EN EL USUARIO			
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° 1077233082	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 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 ningún 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		 GLORIA AMPARO LIZARAZO RODRIGUEZ PS_5978_2025_8FDBB2 GLORIA AMPARO LIZARAZO RODRIGUEZ CC: 39793162	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_5978_2025_8FDBB2 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	