

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ			CC:	1000252675
CORREO ELECTRÓNICO:	ALIS_012@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3222498592
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 52 70-21 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488421207256
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7624 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 534.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div>KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ PS_7624_2025_069132</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ CC: 1000252675 CEL: 3222498592</div>					

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

KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ

CON C.C N°

1.000.252.675

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7624 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/14
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.788.480	No. HORAS EJECUTADAS	33
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.869.280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 534.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA

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	INSUMOS ANCESTRALES CORRESPONDIENTES A EL MES DE OCTUBRE EMBERA

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

No. DE PLANILLA:	N° 1076401668	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	\$ 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ
PS_7624_2025_069132

KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ
CC: 1000252675

FIRMA DE QUIEN VALIDA



SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA
PS_7624_2025_069132

SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA
SUPERVISOR ALTERNO

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



ANA MARGARET RABA SIERRA
PS_7624_2025_069132

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADA 12/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ		
Documento	CC1000252675	Dirección	TV 52 SUR #70 - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3222498592
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDA	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias 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 1000252675	KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ	59	0																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$1,423,500	\$227,800	(EPS005) EPS SANITAS	\$1,423,500	\$178,000	2.436	\$1,423,500	\$34,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$1,423,500	\$28,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$469,000

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, licen- cias, 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	\$1,423,500	\$227,800	\$178,000	\$34,700	\$28,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$469,000	\$0	\$469,000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

1924640343

Destino de pago

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo

Pago PSE. Ref:8865176930-202510-1192605. idTrans:1192605

Fecha

12/11/2025

Número de aprobación

00640343

Dirección IP

191.156.57.103

Valor transacción

\$ 469.000,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 la mayoría de la població...
- 3 Bienes y servicios
- 4 mensajeros del.
- 5 mensajes del contrato
- 6 Información presupuesta
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de l

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

ID de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ PS_7624_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7624_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor D

Bon

Cancelar

< Evaluación de l