

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ		CC:	52126804	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANYELAROBLES@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3002230155	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57A SUR N° 93C - 51		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	390349454

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6188 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ
PS_6188_2025_F024FE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

CC: 52126804

CEL: 3002230155

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

CON C.C N° 52.126.804

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6188 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/15
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.514.148	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.874.278	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD OLAYA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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 REALIZA CARGUE DE LOS BIOLOGICOS AL APLICATIVO PAI DE LOS USUARIOS ATENDIDOS POR EL EQUIPO PAI EXTRAMURAL USS OLAYA
2	REVISION DE LOS FORMATOS SIS CON EL CARGUE RESPECTIVO DE LOS BIOLOGICOS APLICADOS CONTRA APLICATIVO PAI DISTRITAL
3	DESCARGA DEL APLICATIVO PAI Y REVISION DE LA CALIDAD DEL DATO.
4	SOLICITUD EN CONTACTENOS DE LOS CASOS INCOHERENTES EN LOS DATOS DE IDENTIFICACION, FECHA DE NACIMIENTO, AFILIACION A SALUD E INFORMACIÓN ERRADA EN LA REVISION DE LA CALIDAD DEL DATO
5	ASISTENCIA A COMITE DE ASISTENCIA TECNICA Y DEMAS REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
6	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES Y CARGUE AL SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS

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° 91556109	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/02	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/02	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/02	\$ 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 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



ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

PS_6188_2025_F024FE

ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

CC: 52126804

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_6188_2025_F024FE

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO