

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MARINA GONZALEZ AVILA			CC:	51670371
CORREO ELECTRÓNICO:	LUZGON_2008@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3202382800
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 34 41 36 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400692433
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3080 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.222.946	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
<div><div><div>LUZ MARINA GONZALEZ AVILA PS_3080_2025_59EBFC</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ MARINA GONZALEZ AVILA CC: 51670371 CEL: 3202382800</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUZ MARINA GONZALEZ AVILA

CON C.C N°51.670.371

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 3080 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$6.668.838No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$28.898.298VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.222.946

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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	1. REALIZAR EL APERTURA , CIERRE Y BLOQUEO DE AGENDAS DE LAS SEDES DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA
2	2. APLICAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS A SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
3	3. APOYAR LA ENTREGA DE REPORTE DE ESTUDIOS REALIZADOS A PACIENTES SEGÚN SOLICITUD.
4	4.APOYAR LA ENTREGA DE PREPARACIONES A PACIENTES AMBULATORIOS.
5	5. APOYAR LA ATENCIÓN LÍNEA TELEFÓNICA DEL SERVICIO OPORTUNAMENTE.
6	6 APOYAR LA RESPUESTA DE DERECHO DE PETICIÓN, PQRS Y DEMAS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DE CONTROL , ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS Y CIUDADANIA EN CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y DENTRO DE LOS TERMINOS LEGALES
7	7. APOYAR LA GESTION EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN DINAMICA GERENCIAL DE MAMOGRAFIAS , TAC CONTRASTADO Y CARCEL DISTRITAL
8	8. APOYAR LA REVISIÓN NOVEDADES SISTEMA DE INFORMACIÓN DONDE SE CARGAN LAS LECTURAS DE ESTUDIOS DE IMAGENES DIAGNOTICAS
9	9.DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR.
10	10. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.

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° 81694824	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/11	\$ 178.000

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	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 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	<div><div>LUZ MARINA GONZALEZ AVILA PS_3080_2025_59EBFC</div><div>LUZ MARINA GONZALEZ AVILA CC: 51670371</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_3080_2025_59EBFC</div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		



SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-12-15, 12:28:36 PM Tipo Planilla I Número Planilla 81694824 Referencia pago(PIN) 8906059230

Periodo Cotización 202511 Periodo Servicio 202511

Cliente:

PAGADA 2025-12-11 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ MARINA GONZALEZ AVILA				
Documento	CC 51670371			Dirección	TRANV 34 41-36 SUR INT 1 AP 402
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3202382800
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.			Total Afiliados	1
Representante Legal				Departamento	BOGOTA D.C.
				Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51670371		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					GONZALEZ AVILA LUZ MARINA	11001000 - 11	800216303	BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales											
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP				Días EPS	Días ARL	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPE	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF			
																0	30	30	0				\$ 1.423.500	25-14		16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	14-7	3	2,436 %	\$ 1.423.500	\$ 34.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

