

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA		CC:	1012353998	
CORREO ELECTRÓNICO:	ALEJANDRA02MARTINEZ@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3213349485	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 771 BIS 68 42 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24064160748

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5801 2025	N° CDP:	2547	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/18 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 391.284



JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA
PS_5801_2025_B19C6A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA
CC: 1012353998
CEL: 3213349485

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

JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA

CON C.C N°

1.012.353.998

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5801 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/18
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.866.414	No. HORAS EJECUTADAS	36
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.999.584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 391.284
---	--------------	--	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

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	ABORDAJE DE TERRITORIOS CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE LOS SECTORES CATASTRALES ASIGNADOS
2	INFORMAR A LA COMUNIDAD SOBRE LA GESTION REALIZADA POR LOE EBS
3	ACOMPañAMIENTO A TOMAS TERRITORIALES A LOS EQUIPOS HOGAR
4	Capacitación en RIAS: Se participó en jornadas de formación sobre Rutas Integrales de Atención en Salud, fortaleciendo conocimientos en lineamientos técnicos, atención integral y articulación interinstitucional para el abordaje en territorio.
5	Capacitación como gestores comunitarios: Se asistió a espacios de capacitación orientados al acompañamiento en tomas territoriales con la Secretaría de Salud y los Equipos Básicos en Salud, consolidando herramientas para la planeación, ejecución y seguimiento de actividades en los microterritorios
6	Capacitación en entregables: Se participó en capacitación sobre la correcta elaboración y presentación de entregables, tales como actas, bases de datos de líderes comunitarios y registros de administradores de propiedad horizontal, con el fin de garantizar la sistematización y organización de la información territorial.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-06-18) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			

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

*JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA**PS_5801_2025_B19C6A***JULI ALEJANDRA MARTINEZ HERRERA****CC: 1012353998**

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

*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**PS_5801_2025_B19C6A***BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO****SUPERVISOR DEL CONTRATO**