

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ	CC:	51985240		
CORREO ELECTRÓNICO:	MYRIAMSAMACA@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3125694436		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 124 9 39 AP 303	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009270331573

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5551 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/12/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ
PS_5551_2025_EEE7C3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ
CC: 51985240
CEL: 3125694436

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

MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ

CON C.C N°

51.985.240

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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 SEGÚN RESOLUCION 1499 26-08-2024
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5551 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/06
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.000.168	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 45.978.690	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES
--	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

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	REALICE Y GESTIONE LAS RESPUESTA A LAS SOLICITUDES Y PQRS QUE INGRESARON POR AGILSALUD
2	PARTICIPE EN LA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD RELACIONADOS CON LA RESOLUCIÓN 1499/2024
3	REALICE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA COORDINADORA Y SUPERVISORA DE EBS RESOLUCIÓN 1499 DE 2024
4	REALICE LA GESTIÓN PARA LA CONSECUCCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS VEHICULOS PARA EL TRASLADO DEL TALENTO HUMANO A LOS MICROTERRITORIOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.
5	BRINDE ACOMPAÑAMIENTO AL TALENTO HUMANO QUE REQUIRIO DE LA PROGRAMACIÓN DE LAS RUTAS DE TRANSPORTE PARA LAS JORNADAS, RUTEO Y DESPLAZAMIENTO A LOS TERRITORIOS.
6	PARTICIPE EN LAS CONVOCATORIAS REALIZADAS POR LA COORDINACIÓN DENTRO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN, ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD EBS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 DE 2024
7	ASISTI AL COMITE GENERAL DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD

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° 7995303641	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/15	\$ 306.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/15	\$ 392.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	\$ 59.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 758.000
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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	 <p><i>MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ</i> <i>PS_5551_2025_EEE7C3</i></p> <hr/> <p>MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ CC: 51985240</p>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_5551_2025_EEE7C3</i></p> <hr/> <p>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		