


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL		CC:	1014481579	
CORREO ELECTRÓNICO:	eimynataliamunozgil17@gmail.com		TELÉFONO:	3214677017	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 ESTE 54A 51 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488454058808

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6039 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/28	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		

 EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL  
PS\_6039\_2025\_F7B436

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL

CC: 1014481579

CEL: 3214677017

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

**EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL**

**CON C.C N°**

**1.014.481.579**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 6039 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/07/28</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.833.342	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 18.152.232	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.500.008
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	UNO (1) MESES
--	---------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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	ORGANIZACIÓN DIARIA DE LA AGENDA DE CONSULTAS, CONFIRMANDO TANTO EL LISTADO DE PACIENTES COMO EL MÉDICO CORRESPONDIENTE PARA CADA UNO.
2	VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y AFILIACIÓN DE LOS USUARIOS REMITIDOS, UTILIZANDO PLATAFORMAS COMO ADRES PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
3	COORDINACIÓN DE CITAS EXTRAMURALES PARA ATENCIÓN EN ENFERMERÍA Y MEDICINA, ADAPTADAS A LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA PACIENTE.
4	REGISTRO DETALLADO DE LAS GESTIONES DE AGENDAMIENTO EN LAS BASES DE DATOS DESIGNADAS PARA ESTE PROPÓSITO.
5	NOTIFICACIÓN OPORTUNA AL PROFESIONAL RESPONSABLE SOBRE LA PROGRAMACIÓN DE LOS PACIENTES, DEJANDO EVIDENCIA EN EL SISTEMA CORRESPONDIENTE.
6	REVISIÓN DE LA CONSISTENCIA Y VALIDEZ DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS GENERADAS, COMO PARTE DEL PROCESO DE PROGRAMACIÓN DE CITAS.
7	INTERVENCIÓN EN COMITÉS DE CUIDADO, PARTICIPANDO ACTIVAMENTE EN LAS LABORES ADMINISTRATIVAS DE LA ENTIDAD.
8	REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y DOCUMENTACIÓN SOPORTE EN EL SISTEMA PARA PACIENTES REMITIDOS, ASEGURANDO SU PERTINENCIA Y USO CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, SEGÚN EL CURSO DE VIDA Y LINEAMIENTOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.
9	FACTURACIÓN DE LOS EQUIPOS RESPONSABLES DEL PROCESO EN DINAMICA.

**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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 9497324593	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/07	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/07	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/07	\$ 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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL</i> PS_6039_2025_F7B436</p> <hr/> <p><b>EIMY NATHALIA MUÑOZ GIL</b> <b>CC: 1014481579</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> PS_6039_2025_F7B436</p> <hr/> <p><b>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

## Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014481579		MUÑOZ GIL EIMY NATHALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 10 este #54a 51sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202770072	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2064476851	9497324593	I	2026/01/21	2026/01/07	NEQUI	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vspl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
																							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0	\$440,500	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
																							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0	\$440,500	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
																							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0	\$440,500	
1	CC	1014481579	MUÑOZ EIMY																		25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	2.436%	\$34,700	0	\$0	\$0	No	\$440,500
<b>Total Afiliados( 1)</b>																																										
																							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0	\$440,500	

## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440,500</b>