

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ			CC:	1012438799
CORREO ELECTRÓNICO:	JULYNATHALIAC@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3014867005
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78 BIS B 58 M SUR 45			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488411637769
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6122 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.227.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ PS_6122_2025_8CEBE4 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ CC: 1012438799 CEL: 3014867005					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ

CON C.C N°1.012.438.799

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 6122 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/08/04

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$4.227.120No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$25.362.720VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.227.120

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR:ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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	Envio de formatos de artificialidad, de acuerdo con las evaluaciones realizadas
2	Envio de las evaluaciones econocmincas solicitadas dentro de los tiempos establecidos por la direccion de contratación
3	Notificar a la dirección de contratación acerca de las publicaciones a realizar
4	Revisar las observaciones y realizar ajustes en las evaluaciones realizadas en caso de que sea requerido
5	Asitencia a reuniones programadas por la diferentes areas que afecten el proceso
6	Validar información enviada por el referente de Costos y la dirección fianciera
7	Realizar actas de seguimiento a los diferentes convenios en ejecución y/o liquidación
8	Actualización matriz de seguimiento a convenios
9	Se realiza validación de centros de costos
10	Se realizan actividades de acuerdo a lo solictado por el referente de area y la dirección fianciera

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° 92237194	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/10	\$ 211.353
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 270.532
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/10	\$ 41.188
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 523.073

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 ningún 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



JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ

PS_6122_2025_8CEBE4

JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ

CC: 1012438799

FIRMA DE QUIEN VALIDA



GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ

PS_6122_2025_8CEBE4

GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_6122_2025_8CEBE4

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO