

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ			CC:	52348539
CORREO ELECTRÓNICO:	CYANETH102@YAHOO.ES			TELÉFONO:	3208544019
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 78 29 38			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	006181116382
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1971 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				



CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ
PS_1971_2025_051B0C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ
CC: 52348539
CEL: 3208544019

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ

CON C.C N° 52.348.539

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1971 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.016.078	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.408.364	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ARCHIVO CENTRAL PUENTE ARANDA
---	-------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
------------------------	---------------------------------

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.Se organizo el orden cronologico los documentos sueltos del convenio y el ingreso de estos documentos en la respectiva carpeta respetando su orden cronológico y/o secuencia de los documentos pertenecientes al contrato.No 1201 de la Oficina de Desarrollo Institucional entrego posterior a los documentos organizados) Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
---	--

2	2.Durante el periodo del 1 al 31 de ENERO no fue necesario ejecutar esta actividad, de acuerdo a las demás actividades programadas para la vigencia.
---	--

3	3.Se efectuó capacitación de aplicación y socialización de las TRD y organización de los documentos al PSPIC. Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
---	--

4	4.Se envía por correo electrónico a Diana Mican el ultimo informe trimestral de la vigencia 2025 de consultas y prestamos y el de transferencias. Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
---	--

5	5.se continuo realizando la verificacion de la realizacion de los ajustes dados a las carpetas de la vigencia 2019 y la verificacion de la organización de los documentos de la serie NOMINA DE LAS VIGENCIA 2020 ; igualmente se efectuo revision de la organizacion de los documentos de la Oficina de Calidad, en la instalaciones delo hospital Santa Clara e informe de los documentos del Sótano de la segunda casa ubicada en la Calle 34. Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
---	--

6	6.Se realiza consulta y búsqueda de 9 historias clínicas de las cuales se escanearon 3 y se enviaron por correo electrónico; 5 consulta de ops y se prestaron 23 carpetas Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
---	--

7	7.Se efectuó capacitación de aplicación y socialización de las TRD y organización de los documentos al PSPIC Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
---	---

8	8.Se lleva el control de préstamos documentales Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
---	--

9	9.Durante el periodo del 1 al 31 de ENERO no fue necesario ejecutar esta actividad, de acuerdo a las demás actividades programadas para la vigencia
---	---

10	10.Durante el periodo del 1 al 31 de ENERO no fue necesario ejecutar esta actividad, de acuerdo a las demás actividades programadas para la vigencia
----	--

11	11.Durante el periodo del 1 al 31 de ENERO no fue necesario ejecutar esta actividad, de acuerdo a las demás actividades programadas para la vigencia
----	--

12	12.Apoyar en las actividades de ajustar información al formato de solicitud de adición al contrato de la bodega, y apoyo en la búsqueda de historias clínicas del hospital Santa Clara y búsqueda de una contrato de San Blas relacionado con el arriendo de las casetas en Santa Clara. Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
----	---

13	13.Se cumple con las actividades
14	14.se anexa la planilla de pago del mes de Diciembre de 2025 número 92288759. Enlace de Evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link
15	15.se diligencia correctamente los formatos requeridos por la Subred Centro Oriente E.S.E.
16	16.Se realiza el cargue al secop II de la cuenta de cobro
17	17.se acepta adición del de contrato PS 1971 2025 en el Secop de enero
18	18.Se mantuvo absoluta reserva de la información institucional a cargo
19	19.Esta actividad debe realizarse al finalizar el contrato

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° 92288759	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	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 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	 CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ PS_1971_2025_051B0C CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ CC: 52348539
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA PS_1971_2025_051B0C ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA SUPERVISOR ALTERNO

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



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
PS_1971_2025_051B0C

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	52348539	CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ		CALLE 78 29 38	3163111025	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	11/12/2025	92288759	TOTAL A PAGAR \$469.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	28.500	0
						0	
						0	
						28.500	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52348539	CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ		CALLE 78 29 38	3163111025	cyaneth102@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	11/12/2025	92288759	10
					TOTAL A PAGAR
					\$469.000

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52348539	CHAVARRIA MARTINEZ CARMEN YANETH	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA