

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DEISY MATILDE GARCIA GUEVARA		CC:	37442642	
CORREO ELECTRÓNICO:	DEISYGARCIA.0717@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3212473354	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 181C 13 91		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	131205056

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4342 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.143.560
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/23	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



DEISY MATILDE GARCIA GUEVARA
PS_4342_2025_F30B89

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DEISY MATILDE GARCIA GUEVARA

CC: 37442642

CEL: 3212473354

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

DEISY MATILDE GARCIA GUEVARA

CON C.C N°

37.442.642

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLGA PARA DESAROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 4342 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/23

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 7.230.188 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 38.665.788 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.143.560

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS ONCE (11) MESES Y VEINTE Y TRES (23) DÍAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER

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. Subí en las bases del drive los indicadores del mes de noviembre de bioseguridad, limpieza y desinfección, empresa de aseo, aislamiento y paquetes de medidas realizadas en todos los servicios de las unidades de la Subred. |
| 2 | 2. Consolide la información del formato de verificación de servicios del mes de noviembre de todas las unidades de la subred. |
| 3 | 3. Alimentar matriz de resultados de laboratorio del mes de noviembre. |
| 4 | 4. alimente la matriz de talento humano con las capacitaciones realizadas en los servicios de cada unidad hospitalaria de la subred en noviembre. |
| 5 | 5. Subí las capacitaciones realizadas en el mes de noviembre por los profesionales en la base de IAAS. |

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° 9495190885	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	2025/12/10	\$ 177.937
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	\$ 34.676
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.373

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 ibr 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



DEISY MATILDE GARCIA GUEVARA

PS_4342_2025_F30B89

DEISY MATILDE GARCIA GUEVARA

CC: 37442642

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



MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER

PS_4342_2025_F30B89

MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER

SUPERVISOR DEL CONTRATO