

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ			CC:	1033680997
CORREO ELECTRÓNICO:	ussolayalady@gmail.com			TELÉFONO:	3212491630
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 12A 71B 61			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	22371453028
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1070 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.859.580	
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				
<div><div><div>LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ PS_1070_2025_14C510</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ CC: 1033680997 CEL: 3212491630</div></div>					

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

LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ

CON C.C N°

1.033.680.997

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1070 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.091.280	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.906.342	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.859.580
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ISABEL MORA MORALES

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	UTILIZAR LAS MEDIDAS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
2	. REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LOS BIOLOGICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS, PARA EL PROCESO DE VACUNACION DIARIA.
3	. EXPLICAR EL PROCESO DE APLICACION DEL BIOLOGICO AL USUARIO Y DAR RECOMENDACIONES EN LOS CUIDADOS POST VACUNALES.
4	REALIZAR LA APLICACION DEL BIOLOGICO CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE VACUNACION SEGURA
5	. REITERAR AL USUARIO SU PERMANENCIA EN LA SALA DE ESPERA EL TIEMPO QUE SE LE INDIQUE SEGUN EL BIOLOGICO
6	REALIZAR MONITOREO DE TEMPERATURA DE LOS BIOLOGICOS
7	MANTENER EL MOVIMIENTO DE BIOLOGICO ACTUALIZADO.
8	. CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS NEVERAS, TERMOS, CAVAS ENTRE OTROS
9	. EN LA SEGUNDA DOSIS DE VACUNA (SI APLICA), INDAGAR AL USUARIO SI PRESENTO ALGUN ESAVI. SI CUMPLE CON CRITERIOS DE ESAVI-GRAVE NOTIFICAR SEGUN EL PROTOCOLO NACIONAL DE ESAVI-298 DEL INS.

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° 9497230852	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/02	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/02	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/02	\$ 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		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ</div><div>PS_1070_2025_14C510</div></div> <div>LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ</div> <div>CC: 1033680997</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>DIANA ISABEL MORA MORALES</div><div>PS_1070_2025_14C510</div></div> <div>DIANA ISABEL MORA MORALES</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033680997		DIAZ IBÁÑEZ LEYDI JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12a # 71b-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7663578	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	2049316685	9497230852	I	2026/01/26	2026/01/02	NEQUI	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
1	CC 1033680997	DÍAZ LEYDI	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033680997		DIAZ IBÁÑEZ LEYDI JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12a # 71b-61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7663578	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	2049316685	9497230852	I	2026/01/26	2026/01/02	NEQUI	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	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	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	