

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ		CC:	52126804	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANYELAROBLES@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3002230155	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57A SUR N° 93C - 51		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	390349454

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6188 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ
PS_6188_2025_63AADD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

CC: 52126804

CEL: 3002230155

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

ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

CON C.C N° 52.126.804

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6188 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/15
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.514.148	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.546.304	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
--	-----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
-------------------------------	--------------------------------

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 | SE REALIZA CARGUE DE LOS BIOLOGICOS AL APLICATIVO PAI DE LOS USUARIOS ATENDIDOS POR EL EQUIPO PAI EXTRAMURAL USS OLAYA |
| 2 | DESCARGA DEL APLICATIVO PAI Y REVISION DE LA CALIDAD DEL DATO |
| 3 | SOLICITUD EN CONTACTENOS DE LOS CASOS INCOHERENTES EN LOS DATOS DE IDENTIFICACION, FECHA DE NACIMIENTO, AFILIACION A SALUD, LOTES Y DILUYENTES DE LOS BIOLOGICOS APLICADOS E INFORMACIÓN ERRADA EN LA REVISION DE LA CALIDAD DEL DATO |
| 4 | ASISTENCIA A COMITE DE ASISTENCIA TECNICA Y DEMAS REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS O SDS |
| 5 | ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES Y CARGUE AL SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS |

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° 92455771	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/05	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/05	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 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 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



ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

PS_6188_2025_63AADD

ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

CC: 52126804

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_6188_2025_63AADD

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO