

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS		<b>CC:</b>	1010238840	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	JULIETH.FLOREZ1998@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3208156546	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 72C 7B 09		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	SCOTIABANK COLPATRIA SA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	4882012359

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 3058 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4.065.712
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/01/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS  
PS\_3058\_2025\_5CDC73

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS

CC: 1010238840

CEL: 3208156546

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

**ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS**

**CON C.C N°**

**1.010.238.840**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 3058 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 14.838.912 **No. HORAS EJECUTADAS** 217

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 59.543.008 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 4.065.712

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

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA

**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	PROCESAMIENTO DE MICROSCOPIA DE CONSULTA EXTERNA
2	CONTROLAR EQUIPOS Y CALIBRAR CUANDO SE NECESITA
3	BRINDAR APOYO A LAS AUXILIARES DURANTE LA TOMA DE EXAMENES DE CONSULTA EXTERNA
4	LLENAR TODOS LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES, INCLUIDOS TOMA DE TEMPERATURAS DEL LABORATORIO
5	PARTICIPAR EN LA CAPACITACION DEL EQUIPO DE COAGULACION

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 1078467639	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	\$ 232.400
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	\$ 297.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 45.300
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 575.100</b>

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**



*ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS*

*PS\_3058\_2025\_5CDC73*

**ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS**

**CC: 1010238840**

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



*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA*

*PS\_3058\_2025\_5CDC73*

**MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



### Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-01-05, 08:15:02 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	ZULMA JULIETH FLOREZ ARENAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1010238840
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1078467639
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	2059255512
Banco	(1019) - DAVIBANK S.A.
Valor	\$ 586.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 297.400	\$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$ 232.400	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 45.300	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 11.200	\$ 0
<b>SubTotales:</b>				\$ 586.300	\$ 0
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 586.300

