

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JANETH VASQUEZ CORTES		CC:	52219598	
CORREO ELECTRÓNICO:	JAVANA1215@YAHOO.ES		TELÉFONO:	3106965980	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	km 5 via mundo nuevo vda el rodeo la calera		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	002600077586

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3135 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.510.500
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		



JANETH VASQUEZ CORTES  
PS\_3135\_2025\_9C0E59

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JANETH VASQUEZ CORTES

CC: 52219598

CEL: 3106965980

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

JANETH VASQUEZ CORTES

CON C.C N°

52.219.598

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES MIPRES 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 3135 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

11.021.000

**No. HORAS EJECUTADAS**

0

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

77.147.000

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$

5.510.500

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

TRECE (13) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

**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	APERTURA DEL APLICADO EN LAS 21 UNIDADES HABILITADAS PARA REVISAR JUNTAS PENDIENTES DE EVALUACION
2	ANALISIS DE CADA UNA DE LAS JUNTAS PRESCRITAS PARA DAR RESPUESTA
3	APERTURA DE DINAMICA PARA REVIZAR EVOLKUCION DE LA HISTORIA CLINICA COMPROBANDO QUE SE ENCUENTRE REGISTRADO NUMERO DE MIPRES
4	APERTURA DE DIRECCIONES PARA COMPROBAR EPS
5	INFORME DE CUANTAS JUNTAS HAY DIARIAMENTE A LOS INTEGRANTES DE LA JUNTA
6	RESPUESTA DE LA JUNTA DE PROFESIONALES EN EL APLICATIVO
7	RECOPIRAR FIRMAS, ESCANEADO Y ARCHIVO PARA SER ENVIADO A LA CORRESPONDIENTE EPS
8	REVIZAR REGISTRO EN INVIMA DE LAS INDICACIONES DE LA TECNOLOGIA PRESCRITA
9	NVIO DE CORRESPONDENCIA AL CORREO REGISTRADO POR LAS EPS PARA TAL FIN
10	REALIZAR CAPACITACION SOBRE LA UTILIZACION DEL APLICATIVO
11	REVIZAR APLICATIVO ADMINISTRADOR CON LOS DATOS DE LOS PROFESIONALES
12	REALIZAR LOS INFORMES CORRESPONDIENTES
13	CONVOCAR A LOS INTEGRANTES DE LA JUNTA
14	RESPUESTA A SOLICITUDES DE EPS PARA REVISIÓN Y ENVÍO DE HISTORIA CLÍNICA Y SOPORTES PARA LA AUTORIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS O PROCEDIMIENTOS
15	CAPACITACIÓN PARA TODO PERSONAL NUEVO, EN ESPECIAL DE LOS SERVICIOS QUE GENERAN UN ALTO NÚMERO DE PRESCRIPCIONES COMO NUTRICIÓN, UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO, PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y AMBULATORIOS, PROFESIONALES MÉDICOS DE SSO, PROFESIONALES MÉDICOS DE CONVENIOS, ESTUDIANTES QUE ROTAN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y UNIDADES

**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° 985641	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/02	\$ 275.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/02	\$ 352.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	\$ 53.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 682.000

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JANETH VASQUEZ CORTES

PS\_3135\_2025\_9C0E59

JANETH VASQUEZ CORTES

CC: 52219598

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



MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

PS\_3135\_2025\_9C0E59

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52219598	JANETH VASQUEZ CORTES		tranv. 69 b 9 d 40	2614807	javana1215@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	17/02/2026	49485802	\$682.000	

## 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	275.600	0		0		0	0	0	0	275.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.700	0	0	0	0	0	0	0	352.700	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	53.700				53.700	0	0	53.700			537	53.700	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.600	275.600
Pensión	1	352.700	352.700
Riesgos Laborales	1	53.700	53.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>682.000</b>	<b>682.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52219598	JANETH VASQUEZ CORTES		tranv. 69 b 9 d 40	2614807	javana1215@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	17/02/2026	49485802	\$682.000	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52219598	VASQUEZ CORTES JANETH	59	0			N																	25-14	2.204.200	352.700	0	0	0	0	EPS017	2.204.200	275.600	14-7	2.204.200	3	53.700		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA