

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA		CC:	1033730309	
CORREO ELECTRÓNICO:	neira693@gmail.com		TELÉFONO:	3227229135	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51A SUR 1B 29 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24141823472

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8067 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.148.848
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/02 AL 2025/12/31		



MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA
PS_8067_2025_532654

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA

CC: 1033730309

CEL: 3227229135

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

MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA

CON C.C N°

1.033.730.309

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN SALUD CASA MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 8067 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/12/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

1.111.473

No. HORAS EJECUTADAS

0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

2.222.946

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

2.148.848

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

DOS (2) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

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

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 (2025-12-02) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 177.937
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.697

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



MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA

PS_8067_2025_532654

MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA

CC: 1033730309

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_8067_2025_532654

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

PS_8067_2025_532654

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA Identificado con **CC 1033730309**

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina **ALTAVISTA**, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24141823472
Fecha de apertura:	19 de Diciembre de 2024
Saldo disponible:	\$2,738.26
Saldo total a la fecha:	\$12,738.26
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 19 de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1033730309, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251002	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Diciembre de 2.025

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 30935420

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1033730309**, se encuentra afiliado/a desde **22/02/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 19 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE NO AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MAGDA ROCIO NEIRA MENDOZA identificado(a) con C1033730309 no registra en nuestra base de datos como afiliado en calidad de trabajador independiente, ni vinculado como trabajador dependiente a ninguna de las empresas registradas ante nuestra ARL.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.artsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10337303092535338780

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13