

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA</b>		<b>CC:</b>	<b>1102839771</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>KATRIN258@HOTMAIL.ES</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3008677437</b>	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>TV 25A 45B 56 AP 401</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCOLOMBIA</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b>	<b>50688558937</b>

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 3231 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 3.143.560</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/01/15</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31</b>		



*KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA*  
*PS\_3231\_2025\_B15079*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA**

**CC: 1102839771**

**CEL: 3008677437**

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

**KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA**

CON C.C N°

1.102.839.771

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS APOYO TECNICO COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3231 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.430.680	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 40.866.280	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.143.560
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA
--	-------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS
-------------------------------	---------------------------------

**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)

<b>ITEM</b>	<b>1</b>	1. REALIZAR LA REVISION DEL CORREO NOTIFICACIONES JUDICIALES. 2. REVISAR Y RADICAR EN EL SISTEMA INFORMACION AGILSALUD LOS PROYECTOS DE RESPUESTAS ELABORADOS POR LOS ABOGADOS DE LA OFICINA PARA LA REVISION Y FIRMA DEL JEFE LA OFICINA JURIDICA. 3. ESCANEAR Y ENVIAR AL PETICIONARIO LOS DOCUMENTOS FIRMADOS POR LA GERENTE Y EL JEFE DE LA OFICINA JURIDICA. 4. TRAMITAR EL VISTO BUENO EN EL SISTEMA DE INFORMACION AGILSALUD DE LAS SUBGERENCIAS Y DIRECCIONES DE LOS PROYECTOS DE RESPUESTAS A LOS ENTES DE CONTROL, PARA LA FIRMA DE LA GERENTE. 5. REVISAR Y FINALIZAR LAS SALIDAS GENERADAS EN EL SISTEMA DE INFORMACION AGILSALUD. 6. REALIZAR LOS REQUERIMIENTOS Y TRAMITES DE LOS CONTRATISTAS DE LA OFICINA ASESORA. 7 REALIZAR LOS TRAMITES CORRESPONDIENTES PARA EL PAGO DE HONORARIOS DE LA OFICINA JURIDICA. 8. REALIZAR EL PEDIDO DE LOS INSUMOS PARA LA OFICINA. 9. REALIZAR EL REPARTO DE LOS REQUERIMIENTO RADICADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION AGILSALUD A LOS ABOGADOS DE LA OJ. 11. REALIZAR SEGUIMIENTO DE LOS DERECHOS DE PETICION Y REQUERIMIENTOS CON CONTROL DE RESPUESTA DENTRO DEL TERMINO LEGAL.12. INGRESAR AL SISTEMA DE INFORMACION SIPROJWEB LOS PROCESOS JUDICIALES Y CONSILIACIONES JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES (DEMANDAS, AUTOS DE ADMISION, CONTESTACION, SENTENCIAS Y DEMAS ACTUACIONES PROCESALES RELEVANTES) . PRESENTAR INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS, DILIGENCIADO LOS FORMATOS QUE TENGA ESTABLECIDOS LA SUBRED, Y DENTRO DEL TIEMPO EN QUE SEA SOLICITADO; A, INFORME FINAL DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES, AL FINALIZAR EL CONTRATO, B, LOS QUE SEAN SOLICITADOS EN VIRTUD DE LA COORDINACION DE ACTIVIDADES CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 11. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN DEBIDAMENTE COORDINADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE GUARDEN PERSONAL QUE HACE PARTE. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. C CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
-------------	----------	--

**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.**

<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 9495556163	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/10	\$ 177.937
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 34.676
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.373</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 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**



*KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA*

*PS\_3231\_2025\_B15079*

**KATHERIN SOFIA UCROS ORTEGA**

**CC: 1102839771**

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



*DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS*

*PS\_3231\_2025\_B15079*

**DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**