


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO		CC:	1023920749
CORREO ELECTRÓNICO:	ERIKAROJAS385@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3116321083
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 41 BIS SUR 0 51 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 38775727

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1729 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.244.973
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28		



ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO
 PS_1729_2026_B38835

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO

CC: 1023920749

CEL: 3116321083

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

ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO

CON C.C N° 1.023.920.749

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1729 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.312.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.312.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.244.973
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	--------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
-------------------------------	---------------------------

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)

- | | |
|-------------|---|
| ITEM | <ol style="list-style-type: none"> Se hace llamado en sala por orden de turno para facturar las citas agendadas a pacientes que se les requiere generar un copago. Validar en las plataformas afiliacion y puntaje para asi mismo generar el copago. Verificar numero de documento y actualizar teléfonos y datos de cada paciente. Generar facturas segun afiliacion de la eps de cada paciente. Recaudar el dinero, generar recibos de caja y un detallado de facturas para entregar a tesoreria . Soportar facturas de evento y entregar oportunamente. Asistir a las capacitaciones Hacer cierre de ingresos diariamente y las correcciones que nos reporta el referente de inconsistencias y errores en pagadores. |
|-------------|---|

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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 40797516	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/02/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/11	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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



ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO

PS_1729_2026_B38835

ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO

CC: 1023920749

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_1729_2026_B38835

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_1729_2026_B38835

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO