

**DATOS DEL CONTRATISTA**

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

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	SINDY PAOLA JIMENEZ PEREZ		<b>CC:</b>	1014207228
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	SINDYJ894@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3006893107
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 18G 16 73		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DE BOGOTA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 272419532

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7280 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1.999.896
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/09/29	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/12/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



SINDY PAOLA JIMENEZ PEREZ  
 PS\_7280\_2025\_94ECAE

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

SINDY PAOLA JIMENEZ PEREZ

CC: 1014207228

CEL: 3006893107

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

**SINDY PAOLA JIMENEZ PEREZ**

**CON C.C N°**

**1.014.207.228**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

**PS 7280 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/09/29**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

2.133.222

**No. HORAS EJECUTADAS**

**184**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

7.999.584

**VALOR DE HONORARIOS**

\$

1.999.896

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

CUATRO (4) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

**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	1 Brindar apoyo técnico y metodológico en los procesos de mapeo y cartografía social de los territorios priorizados, con el fin de identificar actores clave, dinámicas comunitarias, recursos territoriales y problemáticas relevantes que orienten las estrategias de intervención en cada microterritorio.
2	2 Garantizar la adecuada recepción, organización, ejecución y seguimiento de las órdenes generadas por los profesionales del equipo base, asegurando la articulación con las acciones en territorio y la respuesta oportuna a las necesidades identificadas.
3	3 Establecer un primer acercamiento institucional y comunitario en los microterritorios y territorios asignados, con el fin de informar, concertar y preparar la ejecución de las actividades planificadas, de acuerdo con la ruta operativa definida por el equipo técnico.
4	4 Garantizar la socialización oportuna, clara y accesible de las institucionales planificadas en cada territorio, utilizando medios y herramientas comunicativas adecuadas que fortalezcan el vínculo con la comunidad y promuevan su participación activa.
5	5 Fortalecer los procesos de organización comunitaria y empoderamiento territorial mediante la convocatoria, desarrollo y seguimiento de espacios de participación social y popular en cada uno de los microterritorios abordados por el equipo, promoviendo el diálogo, la concertación y la construcción colectiva.
6	6 Asegurar la correcta digitalización de los instrumentos diligenciados manualmente durante las actividades en campo, garantizando su registro oportuno, completo y conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
7	7 Facilitar la identificación y localización precisa de las viviendas asignadas al equipo básico para la intervención territorial, contribuyendo a la eficiencia en el desarrollo de las actividades planificadas y al cumplimiento de las metas establecidas.
8	8 Identificar, ubicar y brindar acompañamiento a los hogares que no se encuentran plenamente caracterizados o registrados dentro de las bases de datos oficiales, con el fin de garantizar su inclusión en los procesos de intervención social, institucional o comunitaria en los territorios asignados.
9	9 Garantizar la rendición de cuentas y la trazabilidad de las acciones desarrolladas en territorio, mediante la entrega oportuna de informes mensuales que integren evidencias físicas y el diligenciamiento completo de los formatos establecidos por la entidad.
10	10 Sistematizar, analizar y documentar los resultados, hallazgos y aprendizajes obtenidos durante la implementación de las acciones territoriales, mediante la elaboración y entrega de un informe final conforme a los lineamientos establecidos por la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).
11	11 Cumplir con todas las actividades adicionales que, en el marco del objeto contractual y conforme a la Resolución 1499 del 26 de agosto de 2024, sean asignadas por el supervisor del contrato para garantizar el cumplimiento eficiente y efectivo de las obligaciones establecidas en el convenio EBS.

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

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


No. DE PLANILLA:	N° 1077254008	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>SINDY PAOLA JIMENEZ PEREZ</i> <i>PS_7280_2025_94ECAE</i></p> <hr/> <p><b>SINDY PAOLA JIMENEZ PEREZ</b> <b>CC: 1014207228</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</i> <i>PS_7280_2025_94ECAE</i></p> <hr/> <p><b>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	---



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-02, 10:23:59 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1078300568

Periodo Cotización: diciembre de 2025

Periodo Servicio: diciembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823754504

## PAGADO 02/01/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SINDY PAOLA JIMENEZ PEREZ		
Documento	CC1014207228	Dirección	CR 18G #16 - 73
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3006893107
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	ICP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1014207228	SINDY PAOLA JIMENEZ PEREZ	59	00	X																0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500

Multipagos

OPC: 5183 MP Pague Gocha

FCH: 02/01/2026 12:03:03 AM

CAJ: YOTALVARO - YURY OTALVARO  
CUPITRE

TER:

TRANSACCION	MOVIL PILA - SIMPLE PLANILLA ASISTIDA
REFERENCIA 1	8823754504
REFERENCIA 2	0
REFERENCIA 3	
VALOR	440,500.00
MEDIOS DE PAGO	VALOR
Efectivo Recibido	440,500.00

befdf404934b4f1a95ab29a7f8d5f525

Multipagos



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

<  >

**VER CONTRATO**

**Ejecución del Contrato**

Porcentaje  Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Si  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 7280 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7280 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_7280_2025_CUENTA_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7280_2025_CUENTA_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

<  >