

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ		CC:	1026256051	
CORREO ELECTRÓNICO:	YMARCELARODRIGUEZ310888@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3212918737	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 32B 9A 06 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO SCOTIABANK COLPATR	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4772076258

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4221 2025	N° CDP:	1276	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.998.656

  
YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ  
PS\_4221\_2025\_B6FEAC-2025-06-16 12:06:45

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ  
CC: 1026256051  
CEL: 3212918737

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

**YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ**

**CON C.C N°**

**1.026.256.051**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 4221 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 14.677.632	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>152</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 22.016.448	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.998.656
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	<b>SEIS (6) MESES</b>
--	-----------------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	<b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b>
-------------------------------	----------------------------------

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	Presto mi servicio y ejecuto las actividades que demanda el servicio, guiada por la normatividad del sistema.
2	Diligencio RIPS de cada paciente atendido
3	Apoyo los planes de mejora que ayudan a prestar adecuados servicios de salud
4	realizo consulta de PyD ( citologias,creciemietos y desarrollo,planificacion familiar, ingreso o controles prenatales)
5	Fomento y ayuda en la realizacion de actividades que fortalezcan los CAPS
6	Cantidad de horas realizadas en el periodo : 152 horas

**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?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 86632930	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2025/06/16	\$ 183.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/16	\$ 236.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/16	\$ 35.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 456.200</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 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**



*YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ*

*PS\_4221\_2025\_B6FEAC-2025-06-16 12:06:45*

**YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ**

**CC: 1026256051**

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



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*

*PS\_4221\_2025\_B6FEAC-2025-06-16 20:43:24*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**