

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA PAULA PERILLA GARCIA	CC:	1106901163		
CORREO ELECTRÓNICO:	PAU-LIS1999@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3223553797		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5 ESTE 26 40	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66247749692

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2036 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.144.140
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



MARIA PAULA PERILLA GARCIA
PS_2036_2026_ED20C0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA PAULA PERILLA GARCIA

CC: 1106901163

CEL: 3223553797

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

MARIA PAULA PERILLA GARCIA

CON C.C N°

1.106.901.163

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2036 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	207
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.300.280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.144.140
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CARCEL DISTRITAL

NOMBRE DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA

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	SE REALIZA SOLICITUD DE PORTABILIDAD O CONTRIBUIRA A REALIZAR EL TRASLADO DE LA AFILIACION DE LOS RETENIDOS.
2	SE HACE GESTION DE CITAS Y AUTORIZACION DE PERMISOS EXCEPCIONALES PARA CITA MEDICA ANTE EL CENTRO DE SERVICIOS JUDICIALES
3	SE BUSCA MANTENER CONTACTO CON LA FAMILIA Y ABOGADOS DEFENSORES DE LOS MIGRANTES EN ESTADO DE RETENIDOS PARA REALIZAR LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS QUE LES PERMITAN EL ACCESO REAL Y EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
4	SE TIENE APOYO EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CENSOS EN ESTACIONES DE POLICIA.
5	SE COORDINA LA AUTORIZACION DE INGRESO A LAS ESTACIONES DE POLICIA LOS DIAS DE BRIGADAS DE SALUD.
6	SE COORDINA LA LOGISTICA DE LAS BRIGADAS DE SALUD EN ESTACIONES DE POLICIA.
7	SE HACE APOYO EN LA GESTION SEGUN SU PERFIL EN LOS CENTROS DE RECLUSION SOLICITADOS.
8	SE APOYA LOS PROCESOS SOLICITADOS DETERMINADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
9	SE REALIZA APOYO EN LAS RESPUESTAS A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS PACIENTES, LAS EAPB Y LOS ENTES DE CONTROL.
10	SE REALIZA COORDINACION DEL CIERRE Y ARCHIVO DE CARPETA DE TRASLADOS.
11	SE REALIZA LOS INFORMES REQUERIDOS PARA LA JUSTIFICACION DE LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD DE SALUD.
12	SE DA CUMPLIMIENTO A LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.
13	SE RESPONDE POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES.
14	SE TIENE LA DISPOSICION DE DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
15	SE REALIZA ASISTENCIA A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 78640175	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/25	\$ 220.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/25	\$ 282.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/25	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 502.800

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 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	 <p style="text-align: center;"><i>MARIA PAULA PERILLA GARCIA</i> <i>PS_2036_2026_ED20C0</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">MARIA PAULA PERILLA GARCIA CC: 1106901163</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: center;"><i>GUILLERMO RUBIO GUIZA</i> <i>PS_2036_2026_ED20C0</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">GUILLERMO RUBIO GUIZA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1106901163	MARIA PAULA PERILLA GARCIA		CALLE 13SUR #14 61ESTE	3223553797	pau-lis1999@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85280973	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$499.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

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

1 Información general

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos
 de autorización? Sí No

7 **Ejecución del Contrato**

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

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1 PS 2036 2026 CRP -8915.pdf	1 PS 2036 2026 CRP -8915.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2036 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	PS 2036 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2036 2026 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	PS 2036 2026 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2036 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	PS 2036 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal