

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	TATIANA MORA SALAZAR			CC:	1026291361
CORREO ELECTRÓNICO:	TMORASA20@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3102194592
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 11A SUR 3A 26			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Helm Bank)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	005778772
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3551 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.856.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 TATIANA MORA SALAZAR PS_3551_2026_89C688 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: TATIANA MORA SALAZAR CC: 1026291361 CEL: 3102194592					

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

CON C.C N° 1.026.291.361

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL 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 3551 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/19
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.239.534	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 23.714.834	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.856.200
--	---------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ
------------------------	-----------------------

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	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO, REALIZANDO CONSULTAS MÉDICAS CONFOME AL ESTANDAR DEFINIDO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR Y DEMANDA DE SERVICIOS, ENMARcado DENTRO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y ACOGIENDO LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.
2	DILIGENCIAR EL REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCIÓN EN SALUD (RIPS) DE TODOS LOS USUARIOS ADECUADAMENTE.
3	APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.
6	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD.
7	REALIZAR EL PROCESO DE GESTIÓN Y OPERACIÓN DE: SIVIGILA Y EEVV.
8	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIOS (CAPS).
9	ELABORAR HISTORIA CLINICA Y ANEXOS A TODO PACIENTE ATENDIDO DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS POLITICAS DE LA SUBRED.
10	APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
11	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
12	LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9506186767	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/10	\$ 354.300
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/10	\$ 453.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 69.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 876.900
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 ningún 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		TATIANA MORA SALAZAR PS_3551_2026_89C688 TATIANA MORA SALAZAR CC: 1026291361	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		ELIZABETH COY JIMENEZ PS_3551_2026_89C688 ELIZABETH COY JIMENEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026291361		MORA SALAZAR TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 11 A sur# 3 A 26, Casa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102194592	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	468761600	9507774444	I	2026/07/15	2026/07/10	BANCO ITAU	0	\$860,60

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

Empleado			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES												
No.	Identificación		Nombre		Ing	Ret	De	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Cor	Vst	Sin	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irr	Vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes						
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											\$2,742,480	\$438,800			\$2,742,480	\$342,900			\$600,000	\$12,000			\$2,742,480	\$66,900			\$0	\$0	\$860,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											\$2,742,480	\$438,800			\$2,742,480	\$342,900			\$600,000	\$12,000			\$2,742,480	\$66,900			\$0	\$0	\$860,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																											\$2,742,480	\$438,800			\$2,742,480	\$342,900			\$600,000	\$12,000			\$2,742,480	\$66,900			\$0	\$0	\$860,600
1	CC	1026291361	MORA TATIANA										X									231001	30	\$2,742,480	\$438,800	EPS017	30	\$2,742,480	\$342,900	CCF22	30	\$600,000	\$12,000	14-7	30	\$2,742,480	2.436%	\$66,900	30	\$0	\$0	No	\$860,600		
Total Afiliados(1)																											\$2,742,480	\$438,800			\$2,742,480	\$342,900			\$600,000	\$12,000			\$2,742,480	\$66,900			\$0	\$0	\$860,600

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$438,800	\$0	\$0	\$438,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$438,800	\$0	\$0	\$438,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$66,900	\$0	\$0	\$66,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$66,900	\$0	\$0	\$66,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,000	\$0	\$0	\$12,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$12,000	\$0	\$0	\$12,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$342,900	\$0	\$0	\$342,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$342,900	\$0	\$0	\$342,900
TOTAL				1	\$860,600	\$0	\$0	\$860,600