

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ			CC:	52126804
CORREO ELECTRÓNICO:	ANYELAROBLES@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3002230155
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57A SUR N° 93C - 51			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	390349454
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2181 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.873.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ PS_2181_2026_0C8AD1 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ CC: 52126804 CEL: 3002230155					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

CON C.C N° 52.126.804

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III 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 2181 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.492.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.238.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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	SE REALIZA CARGUE DE LOS BIOLOGICOS AL APLICATIVO PAI DE LOS USUARIOS ATENDIDOS POR EL EQUIPO PAI EXTRAMURAL
2	REVISION DE LOS FORMATOS SIS CON EL CARGUE RESPECTIVO DE LOS BIOLOGICOS APLICADOS CONTRA APLICATIVO PAI
3	DESCARGA DEL APLICATIVO PAI Y REVISION DE LA CALIDAD DEL DATO
4	SOLICITUD EN CONTACTENOS DE LOS CASOS INCOHERENTES EN LOS DATOS DE IDENTIFICACION DE USUARIO, FECHA DE NACIMIENTO, CORRECCION DE LOTES DE LOS BIOLOGICOS DE INFORMACIÓN ERRADA EN LA REVISION DE LA CALIDAD DEL DATO
5	ASISTENCIA A COMITE DE ASISTENCIA TECNICA Y DEMAS REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
6	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES Y CARGUE AL SECOP II
7	DESCARGA DE PDF DE AFILIACION Y CARNÉ DE VACUNAS PARA EAPB SANITAS Y CAPITAL. BASE DE FACTURACION.
8	APOYO EN BASES DE EXTRAMURAL E INTRAMURAL

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 84012191	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/03	\$ 219.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/03	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/03	\$ 42.700
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 542.000
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	 ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ PS_2181_2026_OC8AD1 ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ CC: 52126804	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_2181_2026_OC8AD1 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO	