

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MIGUEL ANGEL ARIAS RAMIREZ			CC:	79491613
CORREO ELECTRÓNICO:	FRAMMY70@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3118108024
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24C 54 60 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000017532946
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4056 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 MIGUEL ANGEL ARIAS RAMIREZ PS_4056_2026_93202B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL ARIAS RAMIREZ CC: 79491613 CEL: 3118108024					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MIGUEL ANGEL ARIAS RAMIREZ

CON C.C N°79.491.613

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 4056 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/05/12

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$4.000.037No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$15.978.410VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$6.000.056

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRES (3) 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	SE REALIZA LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, ASÍ COMO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	SE PARTICIPA DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS Y DEMÁS PROCESOS FORMATIVOS RELACIONADOS CON LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y OTROS SISTEMAS DEFINIDOS), ASEGURANDO SU ADECUADA IMPLEMENTACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
3	BRINDAR APOYO TÉCNICO Y OPERATIVO EN LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LA COORDINACIÓN O SUPERVISIÓN, SIN QUE ESTO IMPLIQUE EL RECONOCIMIENTO DE PAGOS ADICIONALES A LOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO.
4	SE REALIZA EL REGISTRO DE MANERA COMPLETA, VERAZ, CONSISTENTE Y CON CALIDAD DEL DATO DE LA TOTALIDAD DE LAS ATENCIONES EFECTUADAS EN GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y DEMÁS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEFINIDOS, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LOS LINEAMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GARANTIZANDO SU DILIGENCIAMIENTO DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN.
5	SE IDENTIFICAN DE MANERA OPORTUNA EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, VIOLENCIA O CONDUCTA SUICIDA, Y SE DILIGENCIAN Y REMITEN LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN CORRESPONDIENTES (SIVIGILA, SIVIM, SISVECOS), DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN.
6	SE ASISTE DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A LOS COMITÉS SEMANALES Y/O MENSUALES, ASÍ COMO A LAS REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y DEMÁS CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO LA RESPECTIVA CONSTANCIA Y LOS SOPORTES DE PARTICIPACIÓN.
7	SE PLANIFICAN Y/O DESARROLLAN CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES E INTERVENCIONES TÉCNICAS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD Y EN CONCORDANCIA CON EL PERFIL PROFESIONAL.
8	SE GESTIONA Y FORTALECE LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL REQUERIDA PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES EN TERRITORIO, EN COHERENCIA CON EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.
9	SE REALIZA LA ENTREGA OPORTUNA, COMPLETA Y BAJO CRITERIOS DE CALIDAD, EN LAS PERIODICIDADES ESTABLECIDAS (DIARIA, SEMANAL O MENSUAL), DE LA TOTALIDAD DE LOS FORMATOS, BASES DE DATOS, INFORMES Y SOPORTES DERIVADOS DE LAS ACCIONES, ATENCIONES E INTERVENCIONES EJECUTADAS EN EL MARCO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
10	SE GARANTIZA EL USO RESPONSABLE, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS, ASÍ COMO SU ENTREGA, JUNTO CON LOS SOPORTES FÍSICOS Y MAGNÉTICOS, AL MOMENTO DE LA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO.
	SE EJECUTAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL PROFESIONAL COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, GARANTIZANDO LA ENTREGA COMPLETA, OPORTUNA Y CONFORME DE LOS PRODUCTOS, REGISTROS Y SOPORTES DERIVADOS DE LA GESTIÓN REALIZADA, LOS CUALES SE ENCUENTRAN SUJETOS A PROCESOS DE AUDITORÍA, VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES DE LOCALIDAD, EL EQUIPO DINAMIZADOR Y/O LOS ENTES

11	COMPETENTES, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, CONTRACTUALES Y NORMATIVOS VIGENTES.
12	SE REALIZA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, ASÍ COMO LA SUSCRIPCIÓN, FIRMA Y GESTIÓN DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDAS, IMPLICA LA NO CAUSACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, EL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE.

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° 1083129174	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	DIGSA	2026/06/30	\$ 138.612
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/30	\$ 177.423
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/06/30	\$ 27.012
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 343.047

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MIGUEL ANGEL ARIAS RAMIREZ PS_4056_2026_93202B MIGUEL ANGEL ARIAS RAMIREZ CC: 79491613
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_4056_2026_93202B LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 28/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ANGEL ARIAS RAMIREZ			Dirección	CR 24C #54 - 60 SUR INT 6 APTO 302
Documento	CC79491613			Teléfono	3118108024
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES
Total Afiliados	1				

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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	VST	IGE	LMA	VAC	ACT	VRP	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días 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 79491613	MIGUEL ANGEL ARIAS RAMIREZ	59	00								X								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 2.400.000	\$ 384.000	(MIN002) ADRES MIN002 antes FOSYGA	\$ 2.400.000	\$ 300.000	2,436	\$ 2.400.000	\$ 58.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 742.500

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
\$ 2.400.000	\$ 2.400.000	\$ 2.400.000	\$ 0	\$ 384.000	\$ 300.000	\$ 58.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 742.500	\$ 13.700	\$ 756.200