

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ			CC:	1030702418
CORREO ELECTRÓNICO:	GERALC49@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3106797137
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 34 14 00 ESTE BL 33			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	122081025
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4119 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.500.008
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/27	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ PS_4119_2026_C81E28 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ CC: 1030702418 CEL: 3106797137					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ

CON C.C N°1.030.702.418

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 DE ABRIL 2025.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4119 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/27
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.916.676	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.000.016	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	Apropiación y aplicación de la normatividad vigente relacionada con la Resolución 711 de 2025, la Resolución 3280 de 2018 y los lineamientos técnicos de Equipos Básicos de Salud.
2	Participación en capacitaciones institucionales y manejo de los aplicativos requeridos para el registro de las actividades.
3	Caracterización sociodemográfica de usuarios y familias asignadas.
4	Aplicación de tamizajes y valoración integral de los usuarios conforme a los lineamientos técnicos.
5	Identificación de riesgos individuales, familiares y sociales, con la correspondiente canalización y seguimiento
6	Verificación del cumplimiento de las atenciones en salud según el curso de vida y programación de visitas de seguimiento
7	Realización de visitas domiciliarias y contactos telefónicos para atención, seguimiento y actualización de información.
8	Consulta y verificación de esquemas de vacunación y reporte de novedades cuando fue requerido.
9	Identificación y orientación de población susceptible de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud
10	Registro oportuno, completo y con calidad de la información en los aplicativos institucionales y formatos establecidos

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 93572553	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/20	\$ 218.861
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/20	\$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/20	\$ 42.651
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 541.654
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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ PS_4119_2026_C81E28 ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ CC: 1030702418	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	