

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAYERLY DUITAMA SUANCHA			CC:	1033766644
CORREO ELECTRÓNICO:	MAYERLI_14_15@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3123388085
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CLL 60G SUR 17 54			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	447288382
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4757 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.334.400	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/08/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/18 AL 2026/08/31				
<div><div><div>MAYERLY DUITAMA SUANCHA PS_4757_2026_CF97BE</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYERLY DUITAMA SUANCHA CC: 1033766644 CEL: 3123388085</div></div>					

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

CON C.C N° 1.033.766.644

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR INTERNO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO APH 8523636 2025
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4757 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/08/18
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.601.280	No. HORAS EJECUTADAS	96
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.601.280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.334.400
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIECIOCHO (18) DIAS
---	---------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	1.GESTIONE LA LIBERACIÓN DE CAMILLAS DEL PROGRAMA APH EN EL MARCO DEL CONVENIO, EN LA UNIDAD FUNCIONAL CON MAYOR RETENCIÓN.
2	2.APOYE LA TRASCRIPTIÓN DE LAS ACTIVIDADES GENERADAS EN EL APLICATIVO NETUX COMO RESULTADO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL PARA LA FACTURACIÓN Y LA GESTIÓN DE INSUMOS
3	3.ASISTI A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS DESDE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE, ASÍ COMO LAS DE LA SISSCO EN EL MARCO DEL CONVENIO.
4	4.4. LAS OTRAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE ACUERDO AL OBJETO DEL CONTRATO Y A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, LAS CUALES PUEDEN SER DESEMPEÑADAS EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE

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 (2026-08-18) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 4660281629	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/18	\$ 219.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/18	\$ 281.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/18	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 501.100

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, 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



MAYERLY DUITAMA SUANCHA

PS_4757_2026_CF97BE

MAYERLY DUITAMA SUANCHA

CC: 1033766644

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

PS_4757_2026_CF97BE

DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

SUPERVISOR DEL CONTRATO