

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO			CC:	52360561
CORREO ELECTRÓNICO:	ASTRIDALCALA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3227036126
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DIAGONAL 49F BIS SUR N° 6 - 51			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	171257082
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7369 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 342.115	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30				
<div><div>ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO PS_7369_2025_EC11C7</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO CC: 52360561 CEL: 3227036126</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO

CON C.C N°52.360.561

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 7369 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/07
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2.484.000	No. HORAS EJECUTADAS	1
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	46.993.442	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 342.115
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES			

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

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	CUENTA DE COBRO CORRESPONDIENTE A INDEXACIÓN DEL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A AGOSTO 2026

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1084354540	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO
PS_7369_2025_EC11C7

ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO
CC: 52360561

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
PS_7369_2025_EC11C7

LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
SUPERVISOR ALTERNO

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



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PS_7369_2025_EC11C7

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO