

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA MARLENY MEDELLIN GUTIERREZ			CC:	52813443
CORREO ELECTRÓNICO:	FTCLAUDIAMEDELLIN@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3105607770
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 70 106 21			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	468270000739
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4159 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 579.010
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/06/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30				



CLAUDIA MARLENY MEDELLIN GUTIERREZ
PS_4159_2026_AACBF9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA MARLENY MEDELLIN GUTIERREZ
CC: 52813443
CEL: 3105607770

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

CLAUDIA MARLENY MEDELLIN GUTIERREZ

CON C.C N°

52.813.443

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO APOYO OPERATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N 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 EN TU HOGAR
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4159 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/06/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.071.360	No. HORAS EJECUTADAS	1
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 31.601.052	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 579.010
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
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 enero y agosto del 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° 6032212621	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/14	\$ 306.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/14	\$ 392.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/14	\$ 59.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 758.400

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



CLAUDIA MARLENY MEDELLIN GUTIERREZ
PS_4159_2026_AACBF9

CLAUDIA MARLENY MEDELLIN GUTIERREZ
CC: 52813443

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
PS_4159_2026_AACBF9

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_4159_2026_AACBF9

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO