

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52747841		MALDONADO VILLAMIL JENNIFER DE LOS ANGELES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 70 A #3A-12 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3017057346	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	7879744	9497021858	I	2026/01/13	2026/01/26	BANCO DAVIVIENDA	\$473,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700	
1	CC 52747841	MALDONADO JENNIFER	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF22	30	\$1,423,500	\$28,500	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	30
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52747841		MALDONADO VILLAMIL JENNIFER DE LOS ANGELES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 70 A #3A-12 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3017057346	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	7879744	9497021858	I	2026/01/13	2026/01/26	BANCO DAVIVIENDA	\$473,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,900	\$0	\$229,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$1,900	\$0	\$229,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$300	\$0	\$28,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$28,500	\$300	\$0	\$28,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,500	\$0	\$179,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$1,500	\$0	\$179,500
TOTAL				1	\$469,000	\$4,000	\$0	\$473,000

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNIFER DE LOS ANGELES MALDONADO VILLAMIL			CC:	52747841
CORREO ELECTRÓNICO:	JANGELESMALDONADO035@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3017057346
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 70A 3A 12 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	457270081286
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4607 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.100.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JENNIFER DE LOS ANGELES MALDONADO VILLAMIL PS_4607_2025_BAE021 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIFER DE LOS ANGELES MALDONADO VILLAMIL CC: 52747841 CEL: 3017057346					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JENNIFER DE LOS ANGELES MALDONADO VILLAMIL

CON C.C N°52.747.841

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 4607 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/02/06

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.622.579No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$24.845.865VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.100.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDOCE (12) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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)

1Verifique derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista).Reporte por correo electrónico al área de trabajo social, cuando se tenga dificultad de identificación del paciente que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias. Recepcione, registre y confirme las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias. Revise el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, y revise que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios. Verifique y adjunte el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. Egrese oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial. Genere Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos. Elabore facturas de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente Legalice el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. Diligencie y desarrolle la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verificar el registro de la información suministrada por el usuario

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9495173536	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/15	\$ 178.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/15	\$ 228.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.100

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 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JENNIFER DE LOS ANGELES MALDONADO VILLAMIL

PS_4607_2025_BAE021

JENNIFER DE LOS ANGELES MALDONADO VILLAMIL

CC: 52747841

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_4607_2025_BAE021

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_4607_2025_BAE021

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO