

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MARINA SALAMANCA PARRA			CC:	52955680
CORREO ELECTRÓNICO:	LUZMIA241212@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3123509842
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 64A 4G 14 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	135253151
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7935 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.470.860	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/30				
 LUZ MARINA SALAMANCA PARRA PS_7935_2025_F19395 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ MARINA SALAMANCA PARRA CC: 52955680 CEL: 3123509842					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUZ MARINA SALAMANCA PARRA

CON C.C N° 52.955.680

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7935 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/13
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.242.108	No. HORAS EJECUTADAS	222
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.277.320	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.470.860
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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. Cumplí con la organización, limpieza y desinfección, así como el adecuado uso de mis epp para llevar a cabo mis actividades en el lactario
2	2. cumplí con la normativa vigente en el desarrollo y permanencia en el área de mi trabajo
3	3.Garantice la inocuidad, manipulación y preparación de las fórmulas lácteas, de acuerdo con su dosificación, prescripción dietaría de los servicios asignados
4	4. Realice la correcta conservación y administración dosificación de la leche materna en los servicios asignados
5	5. Registre adecuadamente en el formato correspondiente al registro de humedad y temperatura en el área limpia y sucia del lactario
6	6. Asistí a capacitaciones sobre el Código Internacional de Lactancia Materna.
7	7. Realice la limpieza, desinfección y esterilización del material de las diferentes unidades para la preparación y administración de fórmulas lácteas
8	8. Participe en las reuniones y capacitaciones programadas por mi supervisor
9	9. Mantuve informado al supervisor sobre cualquier novedad relacionada con equipos, materiales e insumos en mi área de trabajo
10	10. Realice las actividades propias de mi área de trabajo de acuerdo con las normas y reglamentos establecidos en mi contrato y las necesidades del servicio
11	11. Cumplí con la programación de los cronogramas y desarrollo de las actividades en el formato realizado por mi supervisor
12	12. Realice las actividades que me programaron en las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente, según la asignación realizada por el supervisor.

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1077886573	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/05	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/05	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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	 LUZ MARINA SALAMANCA PARRA PS_7935_2025_F19395 LUZ MARINA SALAMANCA PARRA CC: 52955680		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL PS_7935_2025_F19395 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_7935_2025_F19395 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-11, 11:48:02 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1079576693

Periodo Cotización: enero de 2026

Periodo Servicio: enero de 2026

Referencia pago (PIN): 8823889668

PAGADO 11/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ MARINA SALAMANCA PARRA		
Documento	CC52955680	Dirección	CR 2 ESTE #6 C - 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123509842
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SIN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IPP	Días APP	Días EPS	Días APP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52955680	LUZ MARINA SALAMANCA PARRA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2,436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800