

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MALLERLY PERALTA CARDOZO		CC:	1104710259	
CORREO ELECTRÓNICO:	MALLECARDZO2016@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3133773363	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 92 SUR 18 F 49 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009900326969

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3271 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.783.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



MALLERLY PERALTA CARDOZO
PS_3271_2026_DF7FF2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MALLERLY PERALTA CARDOZO

CC: 1104710259

CEL: 3133773363

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

MALLERLY PERALTA CARDOZO

CON C.C N°

1.104.710.259

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMER?A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 3271 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/19

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 8.078.290 **No. HORAS EJECUTADAS** 220

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 8.078.290 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.783.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD OLAYA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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	UTILIZAR LAS MEDIDAS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
2	REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LOS BIOLOGICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS, PARA EL PROCESO DE VACUNACION DIARIA
3	EXPLICAR EL PROCESO DE APLICACION DEL BIOLOGICO AL USUARIO Y DAR RECOMENDACIONES EN LOS CUIDADOS POST VACUNALES
4	REALIZAR LA APLICACION DEL BIOLOGICO CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE VACUNACION SEGURA
5	REITERAR AL USUARIO SU PERMANENCIA EN LA SALA DE ESPERA EL TIEMPO QUE SE LE INDIQUE SEGUN EL BIOLOGICO
6	REALIZAR MONITOREO DE TEMPERATURA DE LOS BIOLOGICOS
7	MANTENER EL MOVIMIENTO DE BIOLOGICO ACTUALIZADO
8	CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS NEVERAS, TERMOS, CAVAS ENTRE OTROS.
9	EN LA SEGUNDA DOSIS DE VACUNA (SI APLICA), INDAGAR AL USUARIO SI PRESENTO ALGUN ESAVI. SI CUMPLE CON CRITERIOS DE ESAVI-GRAVE NOTIFICAR SEGUN EL PROTOCOLO NACIONAL DE ESAVI-298 DEL INS
10	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SEAN ASIGNADAS 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9502152282	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/04/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/13	\$ 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 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



MALLERLY PERALTA CARDOZO

PS_3271_2026_DF7FF2

MALLERLY PERALTA CARDOZO

CC: 1104710259

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_3271_2026_DF7FF2

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1104710259		PERALTA CARDOZO MALLERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 18s # 92 31 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	218514902	9502152282	I	2026/04/16	2026/04/13	BANCO DAVIVIENDA	0	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	1104710259	PERALTA MALLERLY	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS037	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1104710259		PERALTA CARDOZO MALLERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 18s # 92.31 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	218514902	9502152282	I	2026/04/16	2026/04/13	BANCO DAVIVIENDA	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	