

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ALEJANDRA NOPE CANO		<b>CC:</b>	1023925767	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	ALEJITAONAC@HOTMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3105706420	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 22A 8 36 SUR		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	004800422679

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 1002 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 3.191.160
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/06/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ALEJANDRA NOPE CANO

PS\_1002\_2026\_6ABDAF

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

ALEJANDRA NOPE CANO

CC: 1023925767

CEL: 3105706420

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

**ALEJANDRA NOPE CANO**

**CON C.C N°**

**1.023.925.767**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1002 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 12.764.640	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 15.955.800	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.191.160
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
--	---------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO
-------------------------------	--------------------------------

**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. Revisé documentos relacionados a contratistas donde se verifica Necesidad, Sarlatf, Cdp. Se revisó hoja de vida de contratistas verificando documentos relacionados de los mismos, cada hoja de vida contiene de veinte a ciento veinte documentos por persona para una revisión promedio. Los documentos son usados para transcripción de datos personales en la matriz de contratación y para elaboración de los mismos generando cargue de documentos relacionados a cada hoja de vida en cada expediente correspondiente al contrato. Estos documentos se encuentran cargados en cada contrato en la plataforma SECOP II. Se cargó documentos relacionados a NC, SF, CDPS, PS (XXXX), COMUNICACIÓN, y DOCUMENTOS DEL CONTRATISTA (hv). Ciento treinta contratos.
2	Documentación: Se elaboraron doscientos sesenta documentos correspondientes a cada contrato cargado, relacionados con (PS XXXX) y comunicaciones. Renombramiento: Renombré los documentos relacionados con PS y COMUNICACIONES. Se renombraron setecientos ochenta documentos relacionados a cada contrato. NC, SF, CDP, PS, COMUNICACIÓN Y HV.
3	Realicé ochenta y un expedientes contractuales para cargar contratos encontrados en SECOP II. La búsqueda de estos contratos se realiza por procesos de la entidad Estatal
4	Se realizó seguimiento a ciento treinta contratos contractuales donde se verifica que el contrato esté firmado por el proveedor en SECOP II. Se envió contratos para respectivos flujos de aprobación.
5	Se digitó la información de ciento treinta contratos para la actualización de la MATRIZ 2026, en cada necesidad radicada se validó el perfil profesional, el objeto contractual, nombre de supervisor contra SIDEAP, valor hora según tabla de honorarios, actividades, unidad donde se presenta el servicio, tiempo estimado del contrato, si pertenece o no a un convenio para llevar acabo el contrato.
6	Envié correos informativos a los contratistas para que lleven a cabo la firma digital en SECOP II
7	Realicé apoyo informativo al proceso de certificaciones.
8	Realicé quinientos noventa y nueve modificaciones entre adiciones y prorrogas, cambio de ordenados del gasto en SECOP II.
9	Realicé seguimiento de quinientos noventa y nueve modificaciones en SECOP II
10	Realicé ciento treinta inicios de ejecución
11	Las demás actividades solicitadas por el supervisor del contrato.

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 6015902231	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.800</b>

**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**



ALEJANDRA NOPE CANO

PS\_1002\_2026\_6ABDAF

ALEJANDRA NOPE CANO

CC: 1023925767

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



CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO

PS\_1002\_2026\_6ABDAF

CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023925767	NÚMERO PLANILLA:	<b>6015902231</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	ALEJANDRA NOPE CANO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CL 22A # 8 36 SUR	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	abril AÑO 2026	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	302496976
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/12		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 280.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 280.200</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 218.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 218.900</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 42.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 42.700</b>

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 35.100	\$ 0	\$ 35.100								
<b>SUBTOTALES:</b>			<b>\$ 35.100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 35.100</b>								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES												PENSIÓN												SEGURIDAD SOCIAL								SALUD						ARP						PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
1	CC 1023925767	NOPE CANO ALEJANDRA	INDEPENDIENTE		\$ 1.750.905				NO																231001-COLFONDOS	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS008-COMPENSAR	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	\$ 102392576	\$ 42.700	30	1.750.905	CCF24-COMPENSAR	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		

**TOTAL PAGADO: \$ 576.900**