

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA		CC:	1015401316	
CORREO ELECTRÓNICO:	NATALIAMUÑOZ923@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3232303009	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5A 97 55 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24054504000

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1015 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.952.360
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA
PS_1015_2026_D2035B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA

CC: 1015401316

CEL: 3232303009

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA**

CON C.C N° 1.015.401.316

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 1015 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 15.809.440 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 19.761.800 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.952.360

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR: 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.REALIZAR BÚSQUEDA Y RECLUTAMIENTO DE CANDIDATOS CONFORME AL PERFIL REQUERIDO, SOLICITAR FORMALMENTE LA DOCUMENTACIÓN EXIGIDA, VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ESTABLECIDOS.ACTUALIZAR BASES DE DATOS INSTITUCIONALES DEL PROCESO DE SELECCIÓN.
2	2 PUBLICAR Y DIFUNDIR VACANTES EN MEDIOS OFICIALES.ATENDER OPORTUNAMENTE SOLICITUDES DE PERSONAL DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS.GARANTIZAR TRAZABILIDAD DEL PROCESO DE RECLUTAMIENTO.
3	3. ORIENTAR AL CANDIDATO SOBRE REQUISITOS DOCUMENTALES.HACER SEGUIMIENTO HASTA LA CONSOLIDACIÓN COMPLETA DE LA CARPETA, ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DOCUMENTALES DE INGRESO.
4	4 VALIDAR CADA SOPORTE CONFORME A LA LISTA DE CHEQUEO VIGENTE.CONFIRMAR QUE EL PERFIL CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS.REGISTRAR EL CUMPLIMIENTO DOCUMENTAL ANTES DEL INGRESO.
5	5 REALIZAR MONITOREO CONTINUO DEL CUMPLIMIENTO DE PLAZOS. NOTIFICAR INCONSISTENCIAS O DOCUMENTOS FALTANTES. INICIAR NUEVA BÚSQUEDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA DE LA VACANTE.
6	6 VALIDAR INFORMACIÓN EN SIDEAP VERIFICAR LA CREACIÓN DE USUARIO EN SECOP I, CONSULTAR Y VALIDAR ANTECEDENTES EN SARLAFT.
7	7 REVISAR SOPORTES DOCUMENTALES EN VOLUMEN MASIVO, VALIDAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES ACTUALIZADOS, GARANTIZAR UNIFORMIDAD EN LA REVISIÓN DOCUMENTAL.
8	8 CONSOLIDAR DOCUMENTACIÓN COMPLETA DEL CONTRATISTA, RADICAR FORMALMENTE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, REMITIR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN AL ÁREA ENCARGADA PARA LA ELABORACIÓN DEL CONTRATO.
9	9 VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE LA TABLA DE HONORARIOS VIGENTE.VALIDAR COHERENCIA ENTRE PERFIL SOLICITADO Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR.CONFIRMAR PROCESO SOLICITANTE Y NECESIDAD INSTITUCIONAL.
10	10 APOYAR LA VERIFICACIÓN DE SOLICITUDES DE REINTEGROS Y LIBERACIÓN DE SALDOS. CUANDO SE REQUIERA
11	11 ATENDER INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. APOYAR PROCESOS ADICIONALES RELACIONADOS CON SELECCIÓN CONTRIBUIR AL CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES DEL ÁREA.

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° 77217705	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/19	\$ 220.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/19	\$ 282.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/19	\$ 43.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 546.600

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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA PS_1015_2026_D2035B</p> <hr/> <p>NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA CC: 1015401316</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO PS_1015_2026_D2035B</p> <hr/> <p>CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015401316	NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA		Carrera 5 a 97 55 sur	3232303009	nataliaparra18@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77217705	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$546.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	12	1.900	0	220.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	12	2.500	0	282.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	12	400	43.100			427	43.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	220.800
Pensión	1	280.200	282.700
Riesgos Laborales	1	42.700	43.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	546.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015401316	NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA		Carrera 5 a 97 55 sur	3232303009	nataliaparra18@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77217705	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$546.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exonerar	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	UPP	SEN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN													
1	CC 1015401316	MUÑOZ PARRA NATALIA BEATRIZ	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA