

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>JHEYMI LIZBETH DELGADILLO ESPITIA</b>		<b>CC:</b>	<b>1032393089</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>JHEIMY1024@GMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3105184532</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 1A 53 A 58</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO DAVIVIENDA S.A.</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>488415738852</b>

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 1125 2026</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 3.191.160</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/02</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/05/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31</b>		



*JHEYMI LIZBETH DELGADILLO ESPITIA*  
*PS\_1125\_2026\_D16DEB*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**JHEYMI LIZBETH DELGADILLO ESPITIA**

**CC: 1032393089**

**CEL: 3105184532**

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

**JHEYMI LIZBETH DELGADILLO ESPITIA**

CON C.C N°

**1.032.393.089**

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1125 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/02</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>	\$ 12.764.640	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.191.160
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO ( 4 ) MESES
------------------------------------------------	--------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

**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	BRINDAR SOPORTE A LOS PROCESOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA FARMACIA.
2	HACER SEGUIMIENTO A CONTRATOS OPS Y GESTIONAR NOVEDADES DE PERSONAL.
3	REALIZAR EL INVENTARIO Y PEDIDO MENSUAL DE INSUMOS DE OFICINA.
4	RECOLECTAR Y VERIFICAR LOS SOPORTES DE PAGO Y CUENTAS DE COBRO DEL PERSONAL.
5	ELABORAR INFORMES PARA ENTES DE CONTROL Y RESPUESTAS A PQRS DE FORMA OPORTUNA.
6	ORGANIZAR ACTAS Y DOCUMENTOS OFICIALES SEGÚN LA NORMATIVA DE GESTIÓN DOCUMENTAL.
7	APLICAR LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA ENTIDAD.
8	DISPONIBILIDAD PARA LABORAR EN CUALQUIER SEDE DE LA SUBRED CENTRO
9	PARTICIPACIÓN REUNIÓN PREVIAMENTE CITADA
10	INTERVENIR ACTIVAMENTE EN CAPACITACIONES, COMITÉS Y EVENTOS INSTITUCIONALES PROGRAMADOS
11	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, EN CUALQUIERQA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO CON LA SUPERVISIÓN.
12	REALIZAR SOLCITUD DE CARNET Y USUARIOS DEL PERSONAL

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9504188352	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SURA	2026/05/11	\$ 218.900
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR	2026/05/11	\$ 280.200

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/11	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>JHEYMI LIZBETH DELGADILLO ESPITIA</i>  <i>PS_1125_2026_D16DEB</i></p> <hr/> <p><b>JHEYMI LIZBETH DELGADILLO ESPITIA</b>  <b>CC: 1032393089</b></p>		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</i>  <i>PS_1125_2026_D16DEB</i></p> <hr/> <p><b>ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA</b>  <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i>  <i>PS_1125_2026_D16DEB</i></p> <hr/> <p><b>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</b>  <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032393089		DELGADILLO ESPITIA JHEYMI LISBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 A NO 53 A 58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4203793	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300174925	9504188352	I	2026/05/25	2026/05/11	NEQUI	0	\$576,900

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	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$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			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1032393089	DELGADILLO JHEYMI	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF21	30	\$1,750,905	\$35,100	14-7	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$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 1032393089		DELGADILLO ESPITIA JHEYMI LISBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 A NO 53 A 58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4203793	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300174925	9504188352	I	2026/05/25	2026/05/11	NEQUI	0	\$576,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	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	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$576,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$576,900</b>	