

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032476601		MANJARREZ CAPERA MARIA PAULA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 156 7 D 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3206441268	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	93005786	9503210931	I	2026/05/05	2026/05/19	BANCO DE OCCIDENTE	14	\$547,400

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 1032476601	MANJARREZ MARIA	231001	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	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 1032476601		MANJARREZ CAPERA MARIA PAULA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 156 7 D 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3206441268	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	93005786	9503210931	I	2026/05/05	2026/05/19	BANCO DE OCCIDENTE	14	\$547,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$2,900	\$0	\$283,100	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$280,200	\$2,900	\$0	\$283,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$500	\$0	\$43,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$500	\$0	\$43,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$2,200	\$0	\$221,100	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$2,200	\$0	\$221,100	
TOTAL				1	\$541,800	\$5,600	\$0	\$547,400	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA	CC:	1032476601		
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIAPMANJARRES@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3206441268		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 156 7E 64	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	38800006232

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1627 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.699.997
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/29		



MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA
PS_1627_2026_F6AF72

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA

CC: 1032476601

CEL: 3206441268

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

MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA

CON C.C N° 1.032.476.601

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1627 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.172.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.965.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.699.997
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN
-------------------------------	-------------------

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	<p>1. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. 2 AGENDAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA LOS USUARIOS QUE LO SOLICITEN, BIEN SEA DE MANERA PRESENCIAL O VIA TELEFONICA 3 REALIZAR LLAMADA PRE QUIRURGICA A LOS PACIENTES PARA CONFIRMACION DE ASISTENCIA E INFORMARLES DE LA PREPARACION REQUERIDA PARA EL CORRESPONDIENTE PROCEDIMIENTO. DEJANDO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA, CORREO ELECTRONICO Y DRIVE 4 IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE. 5 ELABORAR EL PROGRAMA QUIRURGICO Y BRINDAR SOLUCIONES Y/O ALTERATIVAS. VALIDANDO DENTRO DE LA PROGRAMACION DIARIA LA DISTRIBUCION ADECUADA DE LOS QUIROFANOS, EQUIPOS Y ASIGNACION EN LA PROGRAMACION DIARIA DEL RECURSO HUMANO NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE LAS CIRUGIAS PROGRAMADAS. 6 DEFINIR LA PROGRAMACION QUIRURGICA A LAS 2:00 PM Y TODA EVENTUALIDAD, INCLUSION, EXCLUSION O MODIFICACION EN EL HORARIO, EN EL PROGRAMA DESPUES DE ESTA HORA DEBERA SER INFORMADO A LAS AREAS DE APOYO INVOLUCRADAS Y A LOS PACIENTES. 7 REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES A PROGRAMAR PARA VALIDAR QUE TODO ESTE LISTO PARA LA CIRUGIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PREPARACION DEL PACIENTE VERIFICAR EN LA VALORACION DE ANESTESIA SI EL PACIENTE TIENE ENTERIOS ESPECIALES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA EL MOMENTO DE LA CITACION Y QUE SE DE CUMPLIMIENTO A ELLO 8 REALIZA AMADAS POST QUIRURGICAS A LOS PACIENTES DE INGRESO Y EGRESO AMBULATORIO, CONFORME AL PROTOCOLO ESTABLECIDO, BUSCANDO IDENTIFICAR SITUACIONES DE RIESGO O DE ALARMA, PARA DIFERIR INMEDIATAMENTE EL PACIENTE A LA SUBRED 9 REALUAR SEGUIMIENTO A LA PROGRAMACION DE CIRUGIA E INFORMAR LAS DESVIACIONES DEL PROGRAMA PARA LA APLICACION DE CORRECTIVOS, REALIZAR LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES INCLUYENDO LOS REGISTROS DE CANCELACION DE CIRUGIA 10. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCUMDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE. 11. REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999. MANTENER ORGANIZADAS LAS LUSTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD 12.CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES 12 CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE CALIDAD 13 ENTREGAR FORM OPORTUNA LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED, SOPORTES DE HOJA DE VIDA Y SOPORTES PARA EL PAGO DE LAS CUENTAS DE COBRO 14. PORTAR EL PAMET INSTITUCIONAL DELA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 15. MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION A LA CUAL TIENE ACCESO CON OCASION A SUS ACTIVIDADES 16 CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL ADECUADO MANEJO</p>
---	---

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 (2026-05-29)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503210931	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/19	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/19	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/19	\$ 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 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	 <p>MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA PS_1627_2026_F6AF72</p> <hr/> <p>MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA CC: 1032476601</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1627_2026_F6AF72</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p>SAUL ARDILA DURAN PS_1627_2026_F6AF72</p> <hr/> <p>SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>