

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012363890	JOHANNA HERNANDEZ TRUJILLO		Calle 92 A BIS SUR 7 25	6545677	dana20072011@hotmail.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
		90465538	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

### 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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	0	0	42.700			427	42.700	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

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



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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90465538	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 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



JOHANNA HERNANDEZ TRUJILLO  
PS\_1253\_2026\_EE06FA

JOHANNA HERNANDEZ TRUJILLO  
CC: 1012363890

FIRMA DE QUIEN VALIDA



FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL  
PS\_1253\_2026\_EE06FA

FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL  
SUPERVISOR ALTERNO

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



MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO  
PS\_1253\_2026\_EE06FA

MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO  
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

JOHANNA HERNANDEZ TRUJILLO

CON C.C N°

1.012.363.890

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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>	PS 1253 2026	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	2026/02/01
--	--------------	------------------------------	------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.411.600	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	234
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	-----

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 18.043.200	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.065.400
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) MESES
--	----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
--	---------------------------

<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  | 1.CUMPLI CON LA ORGANIZACION, LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL AREA, ASI COMO DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES .  |
| 2  | 2. CUMPLI CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN CUANTO AL DESEMPEÑO Y PERMANENCIA EN EL AREA DE TRABAJO ASIGNADA .  |
| 3  | 3. GARANTICE INOCUIDAD, MANIPULACION, PREPARACION DE LAS FORMULA LACTEAS Y ENTERALES DE ACUERDO A SU DOSIFICACION, PRESCRIPCION DIETARIA Y DISTRIBUCION, CONSERVANDO CALIDAD MICROBIOLÓGICA Y NUTRICIONAL. |
| 4  | 4.REALICE LA CORRECTA CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE LA LECHE MATERNA A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA.   |
| 5  | 5.REGISTRE ADECUADAMENTE EN EL FORMATO RESPECTIVO LAS CONDICIONES DE HUMEDAD Y TEMPERATURA EN EL AREA .  |
| 6  | 6.ASISTI PERIODICAMENTE AL FORTALECIMIENTO SOBRE EL CODIGO INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA.   |
| 7  | 7.CUMPLI CON LA ADECUADA LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE FORMULAS LACTEAS Y ENTERALES.  |
| 8  | 8.ASISTI A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA LA SUPERVICION.   |
| 9  | 9.INFORME A LA SUPERVISION ACERCA DE CUALQUIER NOVEDAD EN CUANTO EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS EN CUANTO AL AREA DE TRABAJO.   |
| 10 | 10. EJECUTE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU OFICIO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.  |
| 11 | 11. CUMPLI CON LA PROGRAMACION DE AGENDA O CONCERTACION DE CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE A HACE PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.        |
| 12 | 12. DESARROLLE LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA 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	

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	JOHANNA HERNANDEZ TRUJILLO			<b>CC:</b>	1012363890
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	DAnA20072011@HOTMAIL.COM			<b>TELÉFONO:</b>	3144405161
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CALLE 92 A BIS SUR 7 25			<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	005300674255

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 1253 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 3.065.400
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/07/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30		



JOHANNA HERNANDEZ TRUJILLO  
PS\_1253\_2026\_EE06FA

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

JOHANNA HERNANDEZ TRUJILLO

CC: 1012363890

CEL: 3144405161