

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	INGRID KATERIN PARADA LARA			CC:	1031175822
CORREO ELECTRÓNICO:	katerinparadalara@gmail.com			TELÉFONO:	3202039202
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13BIS A 31G 33 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24116278160
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3177 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.352.900	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 INGRID KATERIN PARADA LARA PS_3177_2026_CD38C0 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: INGRID KATERIN PARADA LARA CC: 1031175822 CEL: 3202039202					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
INGRID KATERIN PARADA LARA

CON C.C N° 1.031.175.822

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3177 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/16
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.470.440	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.986.490	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.352.900
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD ALTAMIRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

ITEM	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	SE REALIZA SEGUIMIENTO POR PAGINA DE LA SUB RED PARA VERIFICACION DE CITAS CUMPLIMIENTO E INCUMPLIMIENTOS
2	SE REALIZA SEGUIMIENTO A PACIENTES QUE SOLICITAN CITAS Y QUEDAN EN LISTA DE ESPERA POR DISPONIBILIDAD DE AGENDA PARA SER ATENDIDOS
3	APOYO DE MODULO AZUL PARA AGENDAMIENTO DE CITAS Y CONFIMAR ASISTENCIA A LAS CITAS
4	SE REALIZA VERIFICACION DE ASISTENCIA O INASISTENCIA USUARIOS QUE SOLICITAN CITAS POR APLICATIVO DE SEGIMIENTO DE LA SUBRED
5	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS BASES DE SIVIGILA PARA SU RESPECTIVA NOTIFICACION
6	SE DEJA SEGUIMIENTOS EN APLICATIVO DINAMICA
7	APORTAR A EL PLAN DE DESECHOS DE LA UNIDAD CON EL BUEN USO DE LAS CANECAS, REALIZAR CONTEO LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DEL MATERIAL DE ODONTOLOGIA.
8	ATENCION A EL CLIENTE EN MODULO AZUL CON CALIDAD Y CALIDEZ SIEMPRE EN PRO DEL PACIENTE
9	MANEJO DE INFORMACION DE LA HC DE LOS PACIENTES SOLO PARA FINES INSTITUCIONALES Y DEL PROCESO DEL USUARIO
10	SE REALIZA AGENDAMIENTO DE PRUEBAS RAPIDAS A USUARIOS QUE LO REQUIERAN O QUE POR PERIODICIDAD SE DEBAN AGENDAR.
11	AL REALIZAR ACTIVIDADES EN MODULO AZUL SE MANTIENE LA BUSQUEDA DE USUARIOS QUE NUNCA HAN TOMADO LAS PRUEBAS PARA REALIZAR
12	SE REALIZA NOTIFICACIONES SEMANA Y NOTIFICACIONES FICHAS EVENTOS INDIVIDUALES
13	NO APLICA, NO SE REALIZA ACTIVIDAD CONCORDANTE
14	PORTO EL CARNET SIEMPRE DENTRO DE LA INSTITUCION DESDE MI INGRESO HASTA LA HORA DE SALIDA
15	SE REALIZA APOYO EN LA BUSQUEDA ACTIVA DE USUARIOS PARA JORNADA DE APLICACIONDE BARNIZ Y CITOLOGIAS
16	SE VERIFICA EN MODULO AZUL QUE USUARIOS HAYAN PASADO POR LAC ITAS REQUERIDAS PARA PREVENCION DE ENFERMEDADES
17	SE REALIZA DESINFECCION DE CONSULTORIOS MEDICINA EXTERNA
18	NO APLICA, NO HUBO CONTINGENCIA EN EL PERIODO
19	SE RECIBE AUDITORIA DE PROGRAMA SIVIGILA MES DE ABRIL
20	ALISTAR DOTACION EN LOS CONSULTORIOS PARA CONSULTA EXTERNA
21	DESARROLLO ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO
22	RECIBIR CAPACITACIONES DE DIFERENTES AREAS PARA LLEVAR A CABO MIS LABORES, SE REALIZA REGISTRO EN APLICATIVO DE LAVADO Y DESINFECCION DE MANOS DE LOS PROFECIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE ANTONIO NARIÑO

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 **cláusula "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° 85309794	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/11	\$ 219.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/11	\$ 281.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/11	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 544.300

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 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	 INGRID KATERIN PARADA LARA PS_3177_2026_CD38C0 INGRID KATERIN PARADA LARA CC: 1031175822
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_3177_2026_CD38C0 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031175822	INGRID KATERIN PARADA LARA		CR13 BIS A 31G 33 SUR	3202039202	katerinparadalara@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85309794	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$544.300	

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	6	1.000	0	219.900	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	6	1.300	0	281.500	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	6	200	42.900			427	42.900	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	219.900
Pensión	1	280.200	281.500
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	544.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031175822	INGRID KATERIN PARADA LARA		CR13 BIS A 31G 33 SUR	3202039202	katerinparadalara@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85309794	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$544.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Económico	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	VST	SEN	AGE	LARA	ANC	ANC	VCT	IRL	CORRECCION	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 1031175822	PARADA LARA INGRID KATERIN	59	0		N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0