

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	XIOMARA ANDREA PEÑA			CC:	1024477518
CORREO ELECTRÓNICO:	XIOMI_COLOMBIANITA@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3112246413
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 15 31 SUR 26			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24049589946
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1843 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.873.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 XIOMARA ANDREA PEÑA PS_1843_2026_AB21FB NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: XIOMARA ANDREA PEÑA CC: 1024477518 CEL: 3112246413					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
XIOMARA ANDREA PEÑA					
CON C.C N°			1.024.477.518		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1843 2026		FECHA INICIO CONTRATO	
2026/02/03					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 11.492.400		No. HORAS EJECUTADAS	
				0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 17.238.600		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.873.100	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ			
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.Descarga de los soportes de las facturas en pdf en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore. runt y dinámica gerencial), las cuales ya cuentan con el aval de revisión 2.Verificación de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial) 3.Reporte en la DRIVE a las unidades de las inconsistencias encontradas ya sea en el cobro de las cuentas o soportes faltantes de las facturas a soportar y radicar. 4. Reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar. 5. Unificación o tipificación de los archivos magnéticos según las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos. 6. Seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades. 7. Creación de registro de la relación de envió en el sistema dinámica gerencial según la contratación vigente o solicitud de las EAPB. 8. Seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envió en DGH. 9. Confirmación de la relación de envió en el sistema DGH. 10. Confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envíos en DGH y envió a rips de las mismas. 11. Creación y generación de la cuenta de cobro sobre el número de la relación de envió en el sistema DGH la cual se presenta a las EAPB y área de cartera. 12. Radicación física o digital en la plataforma dispuestas por las EAPB de las relaciones de envió las cuales ya se encuentran en estado confirmado en DGH 13. Subsanación de las inconsistencias enviadas ya sea por soporte, tipificación, facturación electrónica o validación de rips por las EAPB en el proceso de la radicación de las mismas. 14. Entrega de la relación de envió con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH. 15.Se realizan las demas actividades inherentes al objeto contractual					
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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		N° 9504933765		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANTAS		2026/06/10	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		2026/06/10	
RIESGOS LABORALES:		SURA		2026/06/10	
				\$ 219.900	
				\$ 281.500	
				\$ 42.900	

OTRO		
TOTAL PAGADO		S 544.300
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 XIOMARA ANDREA PEÑA PS_1843_2026_AB21FB XIOMARA ANDREA PEÑA CC: 1024477518	
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_1843_2026_AB21FB YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_1843_2026_AB21FB ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1024477518		PEÑA XIDMARA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE ZSUR # 19-25	SOACHA-CUNDINAMARCA	8214629	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	379367593	9504933765	I	2026/06/04	2026/06/10	BANCO CAJA SOCIAL	6	\$544,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC 1024477518	PEÑA XIDMARA	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EP5005	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 1024477518		PEÑA XOMARA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 25UR # 19-25	SOACHA-CUNDINAMARCA	8214629	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	379367593	9504933765	1	2026/06/04	2026/06/10	BANCO CAJA SOCIAL	\$544,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$281,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$281,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$219,900
SANTAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$219,900
TOTAL				1	\$541,800	\$2,500	\$0	\$544,300