SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN DAVID MANRIQUE BOCANEGRA**				**CC:**	**1023951378**
					RUT (NIT):	**1023951378**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JMANRIQUE24@OUTLOOK.COM**				**TELÉFONO:**	**3173809907**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 39A 30 18 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488450621609**
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5209 2025**	**N° CDP:**	**1161**	**N°. RP:**	**12988**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (02) MESES Y VEINTISIETE (27) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/04/04**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 15.980.450**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 5.510.500**					

JUAN DAVID MANRIQUE BOCANEGRA
PS_5209_2025_2E7F7A-2025-05-19 12:06:12

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN DAVID MANRIQUE BOCANEGRA
CC: 1023951378
CEL: 3173809907

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**JUAN DAVID MANRIQUE BOCANEGRA**		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.023.951.378**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN DERECHO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5209 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/04/04**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.980.450				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.980.450		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.510.500	
N° DE INFORME:	3	**Nº CRP INICIAL:**	12988	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1161
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y VEINTISIETE (27) DIAS				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE CONTRATACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION ()	PRORROGA ()
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

ITEM	IV. 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	3. Se realizo la publicación de los siguientes procesos en Secop II: IC 023 2025, IC 032 2025, IC 029 2025, IC 027 2025, CD 016 2025, IC 024 2025.
2	7. Se realizo el seguimiento a las pólizas acorde a la base asignada.
3	8. No se requirió esta actividad
4	9. Se elaboro los siguientes pliegos de condiciones: IC 023 2025, IC 032 2025, IC 029 2025, IC 027 2025, CD 016 2025, IC 024 2025.
5	4. Se realizo el seguimiento de la firma electrónica a las minutas y documentos relacionados para los siguientes contratos: 02 bs 0025 2025, 02 bs 0031 2025, 02 bs 0032 2025, 02 BS 0033 2025.
6	5. Se apoyo a la dirección de contratación en proyectar respuesta a los requerimientos de la contraloría.
7	6. Se solicitaron los registros presupuestales de los siguientes contratos: 02 bs 0025 2025, 02 bs 0031 2025, 02 bs 0032 2025, 02 BS 0033 2025.
8	1. No se requirió esta actividad
9	2. Se elaboraron las minutas y documentos relacionados para los siguientes contratos: 02 bs 0025 2025, 02 bs 0031 2025, 02 bs 0032 2025, 02 BS 0033 2025.

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86662911	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/05/19	$ 275.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/05/19	$ 352.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/19	$ 53.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 682.000

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:	*JUAN DAVID MANRIQUE BOCANEGRA* *PS_5209_2025_2E7F7A-2025-05-19 12:06:12* **JUAN DAVID MANRIQUE BOCANEGRA** **CC: 1023951378** **CEL: 3173809907**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ* *PS_5209_2025_2E7F7A-2025-05-20 15:33:03* **JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ** **CARGO:** **DIRECTOR DE CONTRATACION**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023951378	JUAN DAVID MANRIQUE BOCANEGRA	carrera 39a # 30-18 sur	1234567890	manriquejuan278@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	19/05/2025	86662911	$695.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	275.600	0		0		0	0	0	0	275.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	352.700	0	0	0	0	0	0		352.700	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	53.700				53.700	0	0	53.700			537	53.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.300	0	0	13.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	275.600	275.600
Pensión	1	352.700	352.700
Riesgos Laborales	1	53.700	53.700
CCF	1	13.300	13.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	695.300	695.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023951378	JUAN DAVID MANRIQUE BOCANEGRA		carrera 39a # 30-18 sur	1234567890	manriquejuan278@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	19/05/2025	86662911	$695.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023951378	MANRIQUE BOCANEGRA JUAN DAVID	59	0			N																	231001	2.204.200	352.700	0	0	0	0	EPS005	2.204.200	275.600	14-11	2.204.200	3	53.700	CCF24	2.204.200	13.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información