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:	**JONNY CONTRERAS ARANDA**				**CC:**	**80373440**
					RUT (NIT):	**80373440**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YEPEZ382010@HOTMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3174115336**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 1B ESTE 49B 43 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002100117924**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4191 2025**	**N° CDP:**	**763**	**N°. RP:**	**12417**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 16.032.156**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.672.026**					

JONNY CONTRERAS ARANDA
PS_4191_2025_64C3E1-2025-05-16 14:54:30

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JONNY CONTRERAS ARANDA
CC: 80373440
CEL: 3174115336

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			**JONNY CONTRERAS ARANDA**		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**80.373.440**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER CORRESPONDENCIA CON MOTO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4191 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.032.156		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026	
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	7474	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	6
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION ADMINISTRATIVA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 8.016.078	**CDP DE LA ADICIÓN:**	763	**RP DE LA ADICIÓN:**	12417
TIEMPO PRORROGADO:	DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE				
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	Trasladar y radicar toda la documentación de todas las áreas a cargo de la Dirección Administrativa
2	Se cumple en su totalidad todos los ítems del contrato

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° 1071803350	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/05/08	$ 178.000

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/05/08	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/05/08	$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.477

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:	 *JONNY CONTRERAS ARANDA* *PS_4191_2025_64C3E1-2025-05-16 14:54:30* **JONNY CONTRERAS ARANDA** **CC: 80373440** **CEL: 3174115336**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 *INGRID TATIANA ROJAS AVELLA* *PS_4191_2025_64C3E1-2025-05-19 18:40:42* **INGRID TATIANA ROJAS AVELLA** **CARGO:** **DIRECTOR ADMINISTRATIVO CODIGO 009 GRADO 05 (E)**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-10, 09:23:54 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1071803350

Periodo Cotización: abril de 2025 | Periodo Servicio: abril de 2025 | Referencia pago 8810332086

PAGADA 08/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JONNY CONTRERAS ARANDA		
Documento	CC80373440	Dirección	TV 1B ESTE #49 B - 43 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3174115336
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cor	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	Días	Días FSP	Días IGE	Días VCT	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 80373440	JONNY CONTRERAS ARANDA	3	0																	0	30	0	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,423,500	$227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$1,423,500	$170,000	0.000	$0	$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$405,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades,licencias,saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,423,500	$1,423,500	$0	$0	$227,800	$170,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$405,800	$0	$405,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446834 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.