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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGEL EDUARDO TRIANA NIÑO**			**CC:**	**1022430427**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANGELTRIANA_10@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3202725226**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35B 75 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO POPULAR**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**500802238062**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3255 2025**	**N° CDP:**	**2500**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.143.560**					

ANGEL EDUARDO TRIANA NIÑO
PS_3255_2025_4A87AB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGEL EDUARDO TRIANA NIÑO
CC: 1022430427
CEL: 3202725226

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 EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANGEL EDUARDO TRIANA NIÑO			
	CON C.C N°	**1.022.430.427**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION EN EL SUBPROCESO COMPRAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3255 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.435.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ		

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 PUBLICA ORDEN DE COMPRA OC 030 2025 PARA CONTRATAR LA COMPRA DE DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICO PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
2	SE REALIZA EVALUACIÓN SARLAFT EM-112-2025 PARA CONTRATAR LA COMPRA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
3	SE REALIZA EVALUACIÓN SARLAFT EM-123-2025 PARA CONTRATAR LA COMPRA DE DISPOSITIVO MEDICO QUIRURGICO PARA LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
4	SE PUBLICA ESTUDIO DE MERCADO EM-140-2025 POR LA PLATAFORMA SECOP PARA CONTRATAR TRANSPORTE PUBLICO ESPECIAL TERRESTRE PARA DAR RESPUESTA AL PROYECTO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE PERSONAS CON TIESGOS, PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES DERIVADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SRPA, BAJO LA RESOLUCIÓN 1986.
5	SE PUBLICO POR LA TIENDA VIRTUAL SOLICITUD DE COTIZACIÓN 182982 PARA CONTRATAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS MONOPOLIO DEL ESTADO (MME) QUE SE REQUIEREN PARA DAR ATENCIÓN SEGURA, OPORTUNA, EFICIENTE Y DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
6	SE REALIZA EVALUACIÓN SARLAFT CD 022 2025 PARA SUMINISTRO DE INSUMOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA PARA LAS UNIDADES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
7	SE REALIZA EVALUACIÓN SARLAFT CD 023 2025 PARA CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA CON EL PERSONAL, INSUMOS Y MEDIOS TECNOLÓGICOS NECESARIOS PARA GARANTIZAR LA EFECTIVA CUSTODIA DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES Y LA PROTECCIÓN DE LOS USUARIOS Y COLABORADORES EN LAS INSTALACIONES DE LAS DIFERENTES UNIDADES Y ÁREAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
8	SE REALIZA EVALUACIÓN SARLAFT IC 031 2025 PARA CONTRATAR LOS SERVICIOS DE CONTROL DE PLAGAS, LAVADO Y DESINFECCIÓN DE TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE, CON SUS RESPECTIVOS ANÁLISIS DE CALIDAD DEL AGUA FISICOQUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS EN LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
9	SE REALIZA EVALUACIÓN SARLAFT IC 037 2025 PARA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS ANTROPOMÉTRICOS PARA LA MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE PARÁMETROS CORPORALES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES, CON EL FIN DE FORTALECER LOS PROCESOS DE DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE INDICADORES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA Y PARA DAR CUMPLIMIENTO A NORMATIVIDAD VIGENTE RESOLUCIÓN 2465 DE 2016
10	SE REALIZA REVISIÓN DE FORMATO DE ORDEN DE COMPRA PARA LOS MEDICAMENTOS DESIERTOS EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN.
11	SE REALIZA REVISIÓN DEL FORMATO DE BIEN O SERVICIO PARA EL PROCESO DE BIENESTAR E INCENTIVOS

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 87640685	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/09	$ 178.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/09	$ 228.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/09	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.200

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	*ANGEL EDUARDO TRIANA NIÑO* *PS_3255_2025_4A87AB* **ANGEL EDUARDO TRIANA NIÑO** **CC: 1022430427**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ* *PS_3255_2025_4A87AB* **JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	1022430427	ANGEL EDUARDO TRIANA NIÑO	Calle 35 B # 75 - 16	4729904	angeltriana_10@hotmail.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	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	87640685	$469.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	2	300	0	178.300	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	227.800	0	0	0	0	2	300	0	228.100	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	34.700				34.700	2	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	2	100	28.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	178.000	178.300
Pensión	1	227.800	228.100
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	1	28.500	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022430427	ANGEL EDUARDO TRIANA NIÑO		Calle 35 B # 75 - 16	4729904	angeltriana_10@hotmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	87640685	$469.800	

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	Estornudo	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	1022430427	TRIANA NIÑO ANGEL EDUARDO	59	0			N			X														230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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