**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: (31-08-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ** | | | **CC:** | **14319248** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **JAIMENEIRA1430248@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3204771970** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 91C 52B 49 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BBVA COLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **074068180** |

| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1270 2025** | **N° CDP:** | **2510** | **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 2025/08/01 AL 2025/08/31** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 1.900.000** | | | | | |

*JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ*
*PS_1270_2025_6F21B5*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ**
**CC: 14319248**
**CEL: 3204771970**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **14.319.248** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 1270 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 5.388.960 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 18.875.584 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 1.900.000 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DIEZ (10) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | RONALD AGUILAR GOMEZ | | |

| **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 | 1 Se verifico orden de salida contra autorización.<br>2 Se verifico linea de pago según bases de datos.<br>3 Se reviso servicios según grupo étnico y genero.<br>4 Se actualiza datos en los casos necesarios.<br>5 Se recibió soportes facturas electrónicas.<br>6 Se recibido facturas y soportes según la norma.<br>7 Se realizo corrección dentro de los tiempos. estipulados .<br>8 Se aplico plan de contingencias los días sin sistema.<br>9 Se distribuyo facturas según la eps.<br>10 Se asistió a capacitaciones programadas. |

**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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 8388543746 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/08/14 | $ 178.200 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/08/14 | $ 228.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/08/14 | $ 34.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 441.000 |

| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. | |
| VII. ANEXOS<br>(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** | *JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ*<br>*PS_1270_2025_6F21B5*<br>**JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ**<br>**CC: 14319248** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *YAMILE CANO HERRERA*<br>*PS_1270_2025_6F21B5*<br>**YAMILE CANO HERRERA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *RONALD AGUILAR GOMEZ*<br>*PS_1270_2025_6F21B5*<br>**RONALD AGUILAR GOMEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ | **NIT:** | 14319248 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | julio 2025 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | julio 2025 |
| **Número de Radicación:** | 8388543746 | **Total a pagar:** | $441,000 |
| **Fecha de vencimiento:** | 13/08/2025 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 14/08/2025 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago en Cajas |
| **Banco:** | 1023 | **Número Autorización:** | 45892510 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 1 | | $0 | $34,800 |
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0 | $228,000 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0 | $178,200 |
| | | | | | | $441,000 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

**Le informamos que el pago de la planilla No. 8388543746, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.**

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