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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO**			**CC:**	**79698887**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LEOFABIO88@YAHOO.ES**			**TELÉFONO:**	**3203968532**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 50 SUR 6 A 23 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400716851**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1962 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO
PS_1962_2025_7CFB96

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO
CC: 79698887
CEL: 3203968532

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			
LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO			
	CON C.C N°	**79.698.887**	
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 1962 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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 realiza la radicación de la correspondencia interna a las diferentes areas de la subred. Recorrido interno total :303 Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
2	2.Se distribuyó la correspondencia interna en las diferentes sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. de acuerdo a la planilla de recorrido diario, que a continuación relaciono: Total recorridos internos: 303 Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
3	3.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
4	4.Se hace entrega a diario de la correspondencia radicada al personal de ventanilla única de correspondencia, para su respectiva verificación. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
5	5.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
6	6.Certifico por escrito la titularidad del vehículo y anexo los documentos correspondientes. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
7	7.Para el desarrollo de las actividades contractuales se hace uso de los siguientes elementos de protección personales: casco, chaleco reflexivo, rodilleras, canilleras conforme a la Ley.
8	8.Se realiza mantenimiento preventivo (cada tres meses) y correctivo las veces que se requiera en el mes, del vehículo(moto). Durante este periodo no hubo necesidad de mantenimiento correctivo.
9	9.Se realiza la entrega de los documentos a firmas autorizadas, asegurando el retorno oportuno a la dependencia solicitante y se verifica el estado físico de los documentos al momento de su entrega o recepción.
10	10.Se anexa planilla de productividad mensual cumpliendo con las metas y actividades asignadas diariamente.
11	11.Se anexa fisicamente la planilla de pago de seguridad social del mes de septiembre de 2025, planilla No. 90462260
12	12.Se diligencia correctamente, para efectos de pago de honorarios, los diferentes formatos y documentos requeridos por la Subred Centro Oriente, en las fechas establecidas.
13	13.Se sube al secop II el pantallazo de la cuenta de cobro correspondiente.
14	14.Se realiza los cambios a la cuenta de cobro según la modificacion del contrato - Se adiciona a los meses de septiembre y octubre - contrato PS 1962 2025.
15	15.Se mantuvo absoluta reserva sobre la información institucional del cargo.
16	16.Esta obligación será cumplida en su totalidad en en el acto de liquidación del contrato.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90462260	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/14	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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	*LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO* *PS_1962_2025_7CFB96* **LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO** **CC: 79698887**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_1962_2025_7CFB96* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1962_2025_7CFB96* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO
No. Identificación: CC79698887
Dirección: CALLE 38 SUR NO. 2G-31
Telefono: 5517378
Correo: leofabio88@yahoo.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 90462260

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO
Tipo y número de identificación	CC79698887
Número de planilla	90462260
Fecha pago	2025-10-14
Número de autorización pago	2068398
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	434300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28500	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

90462260

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79698887
APELLIDOS Y NOMBRES: LEONARDO FABIO TRUJILLO FORERO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	0	1423500	178000	0	227800	0	0	28500

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