

 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 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:		DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ		CC: 1030598690	
CORREO ELECTRÓNICO:		DANIELOLAYA131@GMAIL.COM		TELÉFONO: 3143985760	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 95 B N 58 57 SUR		CIUDAD: BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 452900105050
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:		PS 5738 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.126.758
FECHA DE INICIO CONTRATO		2024/12/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31			
 DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ PS_5738_2024_C50C18 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ CC: 1030598690 CEL: 3143985760					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ

CON C.C N°

1.030.598.690

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO GESTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 APH
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5738 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2024/12/09
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.028.924	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.136.458	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.126.758
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
------------------------	----------------------------------

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	".Desarrollé las actividades que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas en USS San Blas como base del Programa de APH."
2	".Cumplí con el objeto del contrato como gestor externo, de manera personal y autónoma."
3	".Cumplí con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato"
4	".Acaté las instrucciones que durante el desarrollo del contrato impartió la SUBRED a través del supervisor del contrato."
5	".Ejecuté oportunamente mis obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formula la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la Gerencia secretaria de salud."
6	".Preparé y presenté conforme a su competencia el informe de gestion de liberacion de camillas."
7	".Apoyé con la supervisión y seguimiento de contratos en relacion con las novedades y asistencia en cada uno de los 16 turnos"
8	".Apoyé la ejecucion de acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que hubo lugar durante el acompañamiento a las tripulaciones"
9	".Asistí a la capacitación brindada el 15 de octubre del 2025 sobre veeduría distrital y asistí a las reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias."
10	".Cumplí con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social"
11	".Apoyé la verificación del cumplimiento a las actividades programadas desde la coordinación a cada uno de los colaboradores en cada uno de los turnos"
12	".Asistí y aprobé los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales."
13	".Conocí, promoví y apliqué las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje."
14	".Cargué mensualmente a la plataforma Secop II el formato informe y cuenta de cobro aprobado y firmado por el supevisor de contrato."
15	".Acaté las instrucciones que durante el desarrollo del contrato impartía la SUBRED a través del supervisor del contrato."
16	".Cumplí con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social."
17	".Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional."
18	".Asistí a la capacitación brindada el 15 de octubre del 2025 sobre veeduría distrital y asistí a las reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias."
19	".Apoyé la entrega de medicamentos y dispositivos médicos, llevando puntos de control, y realice el alistamiento y entrega de los insumos a cada una de las móviles donde correspondio en cada uno de los turno realizados."

20	.Entregué 16 turnos de manera presencial al compañero con las novedades que se presentaron en el turno		
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° 90509186	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/16	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/16	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/16	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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 ningún 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	DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ PS_5738_2024_C50C18 DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ CC: 1030598690		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5738_2024_C50C18 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ PS_5738_2024_C50C18 JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030598690	DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ		CRA 95 B # 57 58 SUR	6049904	DANIELOLAYA131@GMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	16/10/2025	90509186	TOTAL A PAGAR \$469.000

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	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF22	Colsubsidio				860007336-1	28.500	0
						0	
						0	
						28.500	

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030598690	DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ		CRA 95 B # 57 58 SUR	6049904	DANIELOLAYA131@GMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	16/10/2025	90509186	10
					TOTAL A PAGAR
					\$469.000

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1030598690	OLAYA PEREZ DANIEL ORLANDO	57	0	N																	231001	1.423.500	227.800	0	0		0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF22	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA