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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**IVAN DARIO SANTOS SANABRIA**			**CC:**	**1013621238**
CORREO ELECTRÓNICO:	**IVANSANTOS0418@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3105833882**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 SUR 11 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488433006761**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1969 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

IVAN DARIO SANTOS SANABRIA
PS_1969_2025_E521E0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
IVAN DARIO SANTOS SANABRIA
CC: 1013621238
CEL: 3105833882

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			
IVAN DARIO SANTOS SANABRIA			
	CON C.C N°	**1.013.621.238**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1969 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.392.286	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CRUCES		
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 realizan actividades de conservación, con la intención de garantizar un actuar adecuado con la documentación que se mojo producto de las lluvias ocurridas en los últimos días. Se realiza revisión continua de los des humificadores, se realizan cambios de posiciones en los documentos que sufrieron afectación producto del agua, con el fin de garantizar un adecuado secado y se ha realizado el almacenamiento de los expedientes que ya se encuentran en buenas condiciones. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
2	2. Se realiza el registro adecuado del control de préstamos documentales, se hacen visitas frecuentes a los depósitos de archivo de Cruces y de Estupefacientes donde se verifican condiciones de seguridad, custodia y conservación, y de ser necesario se realizan las actividades que se consideren necesarias para garantizar las condiciones adecuadas. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
3	3. Se envia vía WhatsApp la información relacionada con los indicadores de préstamo Documental y capacitaciones realizadas para el mes de las unidades Rafael Uribe y Centro Oriente. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
4	4. Se realizan todas las actividades programadas para el mes. Con relación a capacitaciones y préstamos documentales, así como los apoyos en actividades relacionadas con la gestión documental de la entidad y que fueron solicitadas por la referente del área. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
5	5. Se verifica el avance del inventario documental realizado por el funcionario que se encuentra en la Bodega de Cruces, con relación a Historias Clínicas del anterior Hospital San Blas. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
6	6. Se realizan a satisfacción todas las actividades programadas correspondientes a Capacitaciones, visitas de seguimiento consulta y préstamos documentales y demás actividades programadas por la referente del Área de Gestión Documental. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
7	7. Se realizó 1 capacitación de Organización de archivos de Gestión Implementación TRD en el área de Equipos Básicos. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
8	8. Consultar en los inventarios documentales expedientes de Contratos OPS para préstamos documentales. Se realizó préstamo documental de (3) expedientes contratos al área Contratación. Anteriores Hospitales Rafael Uribe y Centro Oriente. Se da respuesta oportuna a 79 Radicados de AgilSalud, solicitando información. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
9	9. Se consultan los Inventarios documentales con el fin de identificar los expedientes objeto de préstamo documental en las Unidades de Rafael Uribe y Centro Oriente. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link

10	10. Se realiza Visita de seguimiento a la Organización de lo Archivos de Gestión de la Oficina de Control Disciplinario Interno, con el fin de revisar el estado de la organización del Archivo de Gestión. Se encuentra pendiente el Acta por revisión del Doctor Ivan Camilo Camargo Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
11	11. Se realiza la revisión de los archivos documentales del fondo documental de la liquidadora con la intención de trasladar dichos archivos hacia afuera del Hospital Materno Infantil y el fin de garantizar que salgan solamente archivos pertenecientes a la liquidadora. En dicha actividad se verifica el formato único de inventario documental con el fin de revisar contra los expedientes en físico, caja por caja y carpeta por carpeta y de esta manera garantizar que los documentos que van a salir de la entidad del Hospital Materno Infantil pertenecen a la solamente al fondo documental de la liquidadora. Además, se realiza en acompañamiento en el proceso de salida de 24 Cajas de archivo. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
12	12. Se diligencian de manera correcta y oportuna los formatos requeridos para realizar los pagos de honorarios.
13	13. Se realiza el cargue en el Secop II de la cuenta de cobro del mes con sus soportes respectivos.
14	14.Se acepta y se envía a la entidad la adición correspondiente al mes de noviembre
15	15. Se mantiene absoluta reserva en la información que se encuentra a mi cargo.
16	16. Esta actividad se realiza al finalizar el 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493713556	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	$ 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 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	*IVAN DARIO SANTOS SANABRIA* *PS_1969_2025_E521E0* **IVAN DARIO SANTOS SANABRIA** **CC: 1013621238**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_1969_2025_E521E0* **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_1969_2025_E521E0* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**IVAN DARIO SANTOS SANABRIA**			**CC:**	**1013621238**
CORREO ELECTRÓNICO:	**IVANSANTOS0418@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3105833882**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 SUR 11 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488433006761**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1969 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

IVAN DARIO SANTOS SANABRIA
PS_1969_2025_E521E0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
IVAN DARIO SANTOS SANABRIA
CC: 1013621238
CEL: 3105833882

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			
IVAN DARIO SANTOS SANABRIA			
	CON C.C N°	**1.013.621.238**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1969 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.392.286	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CRUCES		
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 realizan actividades de conservación, con la intención de garantizar un actuar adecuado con la documentación que se mojo producto de las lluvias ocurridas en los últimos días. Se realiza revisión continua de los des humificadores, se realizan cambios de posiciones en los documentos que sufrieron afectación producto del agua, con el fin de garantizar un adecuado secado y se ha realizado el almacenamiento de los expedientes que ya se encuentran en buenas condiciones. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
2	2. Se realiza el registro adecuado del control de préstamos documentales, se hacen visitas frecuentes a los depósitos de archivo de Cruces y de Estupefacientes donde se verifican condiciones de seguridad, custodia y conservación, y de ser necesario se realizan las actividades que se consideren necesarias para garantizar las condiciones adecuadas. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
3	3. Se envia vía WhatsApp la información relacionada con los indicadores de préstamo Documental y capacitaciones realizadas para el mes de las unidades Rafael Uribe y Centro Oriente. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
4	4. Se realizan todas las actividades programadas para el mes. Con relación a capacitaciones y préstamos documentales, así como los apoyos en actividades relacionadas con la gestión documental de la entidad y que fueron solicitadas por la referente del área. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
5	5. Se verifica el avance del inventario documental realizado por el funcionario que se encuentra en la Bodega de Cruces, con relación a Historias Clínicas del anterior Hospital San Blas. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
6	6. Se realizan a satisfacción todas las actividades programadas correspondientes a Capacitaciones, visitas de seguimiento consulta y préstamos documentales y demás actividades programadas por la referente del Área de Gestión Documental. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
7	7. Se realizó 1 capacitación de Organización de archivos de Gestión Implementación TRD en el área de Equipos Básicos. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
8	8. Consultar en los inventarios documentales expedientes de Contratos OPS para préstamos documentales. Se realizó préstamo documental de (3) expedientes contratos al área Contratación. Anteriores Hospitales Rafael Uribe y Centro Oriente. Se da respuesta oportuna a 79 Radicados de AgilSalud, solicitando información. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
9	9. Se consultan los Inventarios documentales con el fin de identificar los expedientes objeto de préstamo documental en las Unidades de Rafael Uribe y Centro Oriente. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link

10	10. Se realiza Visita de seguimiento a la Organización de lo Archivos de Gestión de la Oficina de Control Disciplinario Interno, con el fin de revisar el estado de la organización del Archivo de Gestión. Se encuentra pendiente el Acta por revisión del Doctor Ivan Camilo Camargo Jefe de la Oficina de Control Disciplinario Interno. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
11	11. Se realiza la revisión de los archivos documentales del fondo documental de la liquidadora con la intención de trasladar dichos archivos hacia afuera del Hospital Materno Infantil y el fin de garantizar que salgan solamente archivos pertenecientes a la liquidadora. En dicha actividad se verifica el formato único de inventario documental con el fin de revisar contra los expedientes en físico, caja por caja y carpeta por carpeta y de esta manera garantizar que los documentos que van a salir de la entidad del Hospital Materno Infantil pertenecen a la solamente al fondo documental de la liquidadora. Además, se realiza en acompañamiento en el proceso de salida de 24 Cajas de archivo. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
12	12. Se diligencian de manera correcta y oportuna los formatos requeridos para realizar los pagos de honorarios.
13	13. Se realiza el cargue en el Secop II de la cuenta de cobro del mes con sus soportes respectivos.
14	14.Se acepta y se envía a la entidad la adición correspondiente al mes de noviembre
15	15. Se mantiene absoluta reserva en la información que se encuentra a mi cargo.
16	16. Esta actividad se realiza al finalizar el 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493713556	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	$ 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 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	*IVAN DARIO SANTOS SANABRIA* *PS_1969_2025_E521E0* **IVAN DARIO SANTOS SANABRIA** **CC: 1013621238**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_1969_2025_E521E0* **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_1969_2025_E521E0* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013621238		SANTOS SANABRIA IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 4 SUR NO 11 - 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93713556	9493713556	I	2025/11/12	2025/11/12	BANCO AV VILLAS	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1013621238	SANTOS IVAN	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013621238		SANTOS SANABRIA IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 4 SUR NO 11 - 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93713556	9493713556	I	2025/11/12	2025/11/12	BANCO AV VILLAS	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500