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:	**ADAMIN ALBERTO NIEVES SUAREZ**			**CC:**	**17815376**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ADAMINJR01@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3156421175**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 129 D 121 C 51**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400711290**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1950 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**				

ADAMIN ALBERTO NIEVES SUAREZ
PS_1950_2025_081BE8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADAMIN ALBERTO NIEVES SUAREZ
CC: 17815376
CEL: 3156421175

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			
ADAMIN ALBERTO NIEVES SUAREZ			
	CON C.C N°	**17.815.376**	
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 1950 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:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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	Se realiza recepción técnica-administrativa y verificación contra contratos vigentes garantizando su cumplimiento de ejecución dentro de los tiempos, así mismo cada de los lineamientos a seguir.
2	Diariamente se registran los movimientos necesarios en el sistema de información Dinámica Gerencial, garantizando la calidad del registro y así mismo su confiabilidad.
3	Diariamente se realiza proceso de registro en el módulo de inventario según necesidad del servicio, recepción y verificación contra contratos vigentes, garantizando su cumplimiento y entrega en los diferentes servicios
4	Se realiza recepción técnica administrativa y verificación contra contratos vigentes garantizando su cumplimiento de ejecución dentro de los tiempos, así mismo cada de los lineamientos a seguir.
5	Diariamente se realiza proceso de registro en el modulo de inventario según necesidad del servicio, recepción y verificación contra contratos vigentes, garantizando su cumplimiento y entrega en los diferentes servicios
6	Semanalmente se genera reporte de insumos y/o elementos con sus respectivas fechas de vencimiento, para realizar rotación oportuna o procesos que se requieran.
7	Diariamente se realiza registro y control de temperatura y humedad en el formato establecido
8	Se realiza inventario selectivo en cada cierre de periodo, para garantizar la confiabilidad y el cruce de cada uno de los medicamentos, dispositivos médicos, útiles de escritorio-cómputo y diferentes insumos que se almacenen en dicho lugar
9	Se hace entrega de cada una de los informes solicitados con calidad y garantizando confiabilidad.
10	Se realiza Informe Mensual de cumplimiento de actividades, garantizando confiabilidad en la ejecución 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494071197	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SURA	2025/11/18	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/18	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	$ 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	*ADAMIN ALBERTO NIEVES SUAREZ* *PS_1950_2025_081BE8* **ADAMIN ALBERTO NIEVES SUAREZ** **CC: 17815376**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ* *PS_1950_2025_081BE8* **JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1950_2025_081BE8* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17815376		NIEVES SUAREZ ADAMIN ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 129D #121C-51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6973300	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
Centro de Trabajo: ARL SURA (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500
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		$440,500
1	CC	17815376	NIEVES ADAMIN																	23100 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	0	$0	$0	No	$440,500
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$440,500

aportes en línea

Planilla Resumen

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	1000000702	9494071197	I	2025/11/21	2025/11/18	BANCO DE BOGOTA	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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$0**	**$0**	**$440,500**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1950 2025 CRP-4635.pdf	1 PS 1950 2025 CRP-4635.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1950 2025 CRP-12192.pdf	2 PS 1950 2025 CRP-12192.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_1950_2025_JUNIO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_1950_2025_JUNIO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1950 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1950 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1950 2025 CRP-19364.pdf	3 PS 1950 2025 CRP-19364.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1950 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >