**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: (31-12-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO** | | | **CC:** | **1069261482** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **Sanchezq0216@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3209430523** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 8 # 189 a - 24** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488452562736** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1216 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.893.400** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/01/15** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31** | | | | |

*EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO*
*PS_1216_2025_11B339*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO**
**CC: 1069261482**
**CEL: 3209430523**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.069.261.482** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1216 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 11.680.200 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 50.614.200 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.893.400 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | | |

| **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 | Validar matriz de adiciones y prorrogas de contratacion de personal asistencial y administrativa (ops) de las diferentes unidades de la subred centro oriente ese. |
| 2 | Articular las acciones de las direcciones de hospitalizacion, urgencias, complementarios gestion del riesgo, ambulatorios y del proceso de enfermeria |
| 3 | Participar activamente en comites de las direcciones de hospitalizacion, urgencias, complementarios gestion del riesgo, ambulatorios y del proceso de enfermeria |
| 4 | Realizar seguimiento al estricto cumplimiento de la documentacion del personal a vincularse con la entidad siguiendo los parametros de la lista de chequeo. |
| 5 | Apoyar en la planeacion para promover la correcta ejecucion de los contratos de prestacion de servicios de las direcciones misionales asignadas. |
| 6 | Atender las necesidades administrativas que se presenten por cualquier eventualidad de las diferentes unidades y dar aviso a la direccion y/o subgerencia de la subred que corresponda |
| 7 | Apoyar en la validacion de formatos de adicion y prorroga de contratacion de personal asistencial y administrativa (ops) de las diferentes unidades de la subred centro oriente ese y gestionar su radicacion a la direccion de contratacion |
| 8 | Coadyudar en la coordinacion en las actividades administrativas de los servicios y/o procesos de las direcciones de hospitalizacion, urgencias, complementarios, gestion del riesgo, ambulatorios y del proceso de enfermeria de la subred centro oriente |
| 9 | Apoyar a los supervisores para el cumplimiento y ejecucion de actividades y recursos de las ordenes de prestacion de servicios asignadas. |
| 10 | Realizar los acompañamientos a los entes de control cuando sean requeridos de acuerdo a la pertinencia. |
| 11 | Realizar el apoyo en la supervision y seguimiento de contratos cuando estas sean asignadas. |
| 12 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades. |
| 13 | Citar el personal de ingreso asistencial y administrativo según corresponda su area de trabajo |
| 14 | Revisar las cuentas de cobro del pago mensual del personal asistencial (ops) a los supervisores de las diferentes unidades de la subred centro oriente e.s.e |

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | N° 92255172 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 2025/12/10 | $ 194.700 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/12/10 | $ 249.300 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/10 | $ 38.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 482.000 |

## 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** | *EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO*<br>*PS_1216_2025_11B339*<br>**EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO**<br>**CC: 1069261482** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA*<br>*PS_1216_2025_11B339*<br>**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1069261482 | EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO | CALLE 167 A # 5 A - 03 | 3209430523 | sanchezq0216@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 10/12/2025 | 92255172 | $513.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 194.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 194.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 249.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 249.300 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 38.000 | | | | 38.000 | 0 | 0 | 38.000 | | | 380 | 38.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 31.200 | 0 | 0 | 31.200 | 1 |

**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 | 194.700 | 194.700 |
| Pensión | 1 | 249.300 | 249.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 38.000 | 38.000 |
| CCF | 1 | 31.200 | 31.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 513.200 | 513.200 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1069261482 | EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO | | CALLE 167 A # 5 A - 03 | 3209430523 | sanchezq0216@gmail.com |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-11 | 2025-11 | I | 10/12/2025 | 92255172 | $513.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1069261482 | SANCHEZ QUINTERO EDISON HUMBERTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.557.600 | 249.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.557.600 | 194.700 | 14-7 | 1.557.600 | 3 | 38.000 | CCF24 | 1.557.600 | 31.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor pendiente de entrega: | 46,720,800.00 COP | 100% | - |

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 1 PS 1216 2025 CRP-5944.pdf | 1 PS 1216 2025 CRP-5944.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2 PS 1216 2025 CRP-11782.pdf | 2 PS 1216 2025 CRP-11782.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3 PS 1216 2025 CRP-19471.pdf | 3 PS 1216 2025 CRP-19471.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1216 2025 - 2.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1216 2025 - 2.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1216 2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 1216 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Borrar | Cargar nuevo