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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**EDISON YESID DURAN PEREZ**			**CC:**	**1000455816**
CORREO ELECTRÓNICO:	**WENDYHEIDY123@OUTLOOK.ES**			**TELÉFONO:**	**3216477216**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 63 0 27 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488446035393**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1357 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.100.0**
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**				

EDISON YESID DURAN PEREZ
PS_1357_2025_7507FF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EDISON YESID DURAN PEREZ
CC: 1000455816
CEL: 3216477216

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			
EDISON YESID DURAN PEREZ			
	CON C.C N°	**1.000.455.816**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIER DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1357 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.951.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.0
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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-Durante el mes a cobrar se apoya el proceso de armado de la cuenta GRATUIDAD FFDS y famisanar soportando 2000 facturas para presen la cuenta ante la SDS 2-Se revisaron las facturas y los comprobadores de derechos de las cuentas correspondientes a la cuenta de gratuidad y p correo electrónico se reportaron los procedimientos faltantes 3-Se verificaron las tarifas de los procedimientos realizados a 2000 facturas de cuenta gratuidad 4-se verifica que el usuario asignado a la factura cumpla con los recisitos para aplicar al proyecto de gratuidad 5-envie factu soportadas en excel ene el cual van las obsevaciones correspondientes a la factura 6-se buscan los soportes de la factura correspondiente de ca registro de base 7-la factura , el pantallazo de comprobador de derechos donde aplique el proyecto y soportes de la factutra se guarda en correspodiente 8-la carpeta llevaráa el número de la factura correspondiente 9-se arma la carpeta de gratuidad con el numero de fctura y comprobador y soporte de lo que pide la factura

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PAR 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° 9493433387	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/18	$ 179.300
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/18	$ 229.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	$ 35.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 443.700

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, s 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 YESID DURAN PEREZ* *PS_1357_2025_7507FF* **EDISON YESID DURAN PEREZ** **CC: 1000455816**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1357_2025_7507FF* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1357_2025_7507FF* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **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 1000455816		DURAN PEREZ EDISON YESID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 95 # 680 ESTE INTERIOR 2 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3216477216	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	1936951442	9493433387	I	2025/11/07	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	11	$443,700

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	1000455816 DURAN EDISON	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	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 1000455816		DURAN PEREZ EDISON YESID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 95 # 680 ESTE INTERIOR 2 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3216477216	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	1936951442	9493433387	I	2025/11/07	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	11	$443,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$300	$0	$35,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$300	$0	$35,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
TOTAL				1	$440,500	$3,200	$0	$443,700

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 7:06:09
EDISON YESID DURA...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

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 1357 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1357 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 20250001.pdf	PS 1357 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_1357_2025_MAYO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_1357_2025_MAYO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	PS_1357_2025_CUENTA COBRO MAYO.pdf	PS_1357_2025_CUENTA COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1357 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1357 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1357 2025 CRP-6066.pdf	1 PS 1357 2025 CRP-6066.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1357 2025 CRP-11965.pdf	2 PS 1357 2025 CRP-11965.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1357 2025 CRP-11966.pdf	3 PS 1357 2025 CRP-11966.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_1357_2025_CUENTA COBRO JUNIO.pdf	PS_1357_2025_CUENTA COBRO JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_1357_2025_JULIO_PLANILLASSEI.pdf (Archivado)	PS_1357_2025_JULIO_PLANILLASSEI.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf (Archivado)	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1357 2025 CRP-19598.pdf	4 PS 1357 2025 CRP-19598.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf (Archivado)	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf	PS 1357 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.