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:	**BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ**			**CC:**	**1000571792**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BRMEDINA2001@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3107955098**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 186 A 4 A 29**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488436687351**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1525 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.222.946**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ
PS_1525_2025_E534D9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ
CC: 1000571792
CEL: 3107955098

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

BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ

CON C.C N°	**1.000.571.792**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO TECNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TICS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1525 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.229.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO		

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	orientar al usuario para herramientas de su necesidad para el acceso a sistema de información
2	realizar vinculación al dominio por relación de confianza y configuración del mismo
3	se realiza configuración de programas para equipos con vinculación nueva incluida de dinámica local office libre y demas
4	Se realiza el soporte en aspectos de conectividad de acuerdo a fallas presentadas de seguridad de equipos de cómputo y verificación de actualizaciones pendientes
5	Se realice la configuración y mantenimiento de los diferentes equipos de cómputo y periféricos de entrada y salida utilizados en la entidad.
6	Se resuelven problemas con impresoras y escaneres
7	Se realiza toma de inventario en los equipos de las sede 34b
8	Se realiza la configuración de equipos de cómputo en los segmentos de Red
9	agregar y configurar pacacitaciones de diferentes procesos para el desarrollo de las actividades
10	apoyo en juntas directivas
11	apoyo para desrrollo de las actas de junta directiva y envio a la opersona correspodiente para el tramite
12	realizar recorrrido y analicis por la unidad de peseveracia considerando y solucionando los diferentes problemas de la unidad y digiturnos

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° 90512930	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	$ 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	*BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ* *PS_1525_2025_E534D9* **BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ** **CC: 1000571792**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JHON ALEXANDER GELVES ARIAS* *PS_1525_2025_E534D9* **JHON ALEXANDER GELVES ARIAS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO* *PS_1525_2025_E534D9* **JOSE GILDARDO RAMIREZ CLAVIJO** **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	1000571792	BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ	calle 186a #4a 29	3107955098	brmedina2001@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	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90512930	$440.500	

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	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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	1000571792	BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ		calle 186a #4a 29	3107955098	brmedina2001@gmail.com
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90512930	$440.500	

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	Exonerado	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	1000571792	MEDINA ALVAREZ BRAYAN DAVID	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2025 BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2025 BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES MARZO 2025 BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES MARZO 2025 BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4. PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf (Archivado)	4. PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025 BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ.pdf.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025 BRAYAN DAVID MEDINA ALVAREZ.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1525 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1525 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1525 2025 CRP-6177.pdf	1 PS 1525 2025 CRP-6177.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1525 2025 CRP-12071.pdf	2 PS 1525 2025 CRP-12071.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1525 2025 CRP-19931.pdf	3 PS 1525 2025 CRP-19931.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE septiembre 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE septiembre 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	PS 1525 2025 CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO 2025 BRAYAN MEDINA ALVAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >