

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DAYAN GINETH SANABRIA DAZA		CC:	1031173813
CORREO ELECTRÓNICO:	DAYANNADZA@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3188169997
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 19 47A 52 SUR		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 441656303

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7917 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.999.965
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/06 AL 2025/11/30		



DAYAN GINETH SANABRIA DAZA
 PS_7917_2025_B1DA13

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DAYAN GINETH SANABRIA DAZA

CC: 1031173813

CEL: 3188169997

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DAYAN GINETH SANABRIA DAZA

CON C.C N°

1.031.173.813

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO ASISTENCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7917 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/06
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.999.965	No. HORAS EJECUTADAS	155
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.999.965	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.999.965
-----------------------------------------------------	--------------	--------------------------------------------------	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS VEINTICINCO (25) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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 | APOYÉ EL PROCESO DE FACTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE APH A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO INCLUYENDO LA CONSECUCCIÓN DE SOPORTES EN APLICATIVO MI EMERGENCIA, LA INTERACCIÓN CON LAS TRIPULACIONES PARA LA GESTIÓN DE DICHS SOPORTES Y EL ÁREA DE FACTURACIÓN DE LA SISCO |
| 2 | APOYÉ LA GESTIÓN DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL, PARA EL MANTENIMIENTO DE LA OPERATIVIDAD DE LAS AMBULANCIAS DEL PROGRAMA DE APH Y LA ADECUADA FACTURACIÓN DE LOS ELEMENTOS USADOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE APH |
| 3 | APOYÉ LA CONSECUCCIÓN DE SOPORTES Y EVIDENCIAS DE LOS REQUERIMIENTOS DE PQR, SOLICITUDES DE ENTES DE CONTROL Y DEMÁS EVIDENCIAS REQUERIDAS EN APLICATIVO MI EMERGENCIA, DINÁMICA Y DEMÁS QUE REQUIERAN LA PERTINENCIA DE PERSONAL DE SALUD. |
| 4 | ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO SEAN REQUERIDOS, ASÍ COMO APOYAR LA GENERACIÓN DE LAS CAPACITACIONES REQUERIDAS Y CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN DE ASISTENCIA PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DE LOS TRIPULANTES Y SOPORTE AL CONVENIO |
| 5 | LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO, LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO, LAS CUALES PUEDEN SER DESEMPEÑADAS EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. |

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 (2025-11-06) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90807162	OPERADOR:	MI PLANILLA
-------------------------	-------------	------------------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 178.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/12	\$ 228.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 407.400

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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 <p><i>DAYAN GINETH SANABRIA DAZA</i> <i>PS_7917_2025_BIDA13</i></p> <hr/> <p>DAYAN GINETH SANABRIA DAZA CC: 1031173813</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_7917_2025_BIDA13</i></p> <hr/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031173813	DAYAN GINETH SANABRIA DAZA		Tv 19a #47a 52 sur	3188169	dayannadza@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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90807162	\$442.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	6	700	0	178.700	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	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	6	200	34.900			347	34.900	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	178.700
Pensión	1	227.800	228.700
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	442.300

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031173813	DAYAN GINETH SANABRIA DAZA	Tv 19a #47a 52 sur	3188169	dayannadza@gmail.com
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD					
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90807162	\$442.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1031173813	SANABRIA DAZA DAYAN GINETH	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO JULIO LIQUIDADADA.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO LIQUIDADADA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	PS 2084 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2084 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf (Archivado)	PS 2084 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CTA COBRO MES ENERO 2025.pdf	PS 2084 2025 CTA COBRO MES ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CTA COBRO MES FEBRERO 2025.pdf	PS 2084 2025 CTA COBRO MES FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 2084 2025 CTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 2084 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CUENTA COBRO MAYO2025.pdf	PS 2084 2025 CUENTA COBRO MAYO2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CUENTA COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2084 2025 CUENTA COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2084 2025 CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf (Archivado)	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025..pdf (Archivado)	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf (Archivado)	PS 2084 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

DAYAN GINETH SANABRIA DAZA

C.C. 1031173813

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 1 de agosto de 2025

Ofelia Guevara Gómez

C.C. 51.609.213

Director Operativo Gestión de Talento Humano