

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA			CC:	79825510
CORREO ELECTRÓNICO:	alirio2978@gmail.com			TELÉFONO:	3057479297
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 18H 77A 46 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	462870017797
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7697 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.672.026	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA PS_7697_2025_D7E0E0 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA CC: 79825510 CEL: 3057479297					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA				
CON C.C N°		79.825.510		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 7697 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/16
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.425.081	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.809.647	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA			
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 visita domiciliaria para verificación de pacientes en el programa de PHD para finalizar tratamiento en casa, utilización de elementos de protección			
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° 9493492339	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/25	\$ 178.000	
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/25	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/25	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 405.800	
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



ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA
PS_7697_2025_D7E0E0

ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA
CC: 79825510

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_7697_2025_D7E0E0

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
PS_7697_2025_D7E0E0

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 79825510		ARIAS OJEDA ALIRIO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAV 18 H # 80 - 46 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652440	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	1954646738	9493392339	I	2025/11/06	2025/11/25	BANCO DAVIVIENDA	19	\$439,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC 79825510	ARIAS ALIRIO	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF24	30	\$1,423,500	\$28,500		0	\$0	\$0	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79825510		ARIAS OJEDA ALIRIO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAV 18 H # 80 - 46 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652440	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1954646738	9493392339	I	2025/11/06	2025/11/25	BANCO DAVIVIENDA	19	\$439,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,800	\$0	\$230,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$2,800	\$0	\$230,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$400	\$0	\$28,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$400	\$0	\$28,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$2,200	\$0	\$180,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$2,200	\$0	\$180,200
TOTAL				1	\$434,300	\$5,400	\$0	\$439,700