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:	**MAICOL ESTIT OLIVERO HURTADO**			**CC:**	**1033698574**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAICOLSTID0407@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3043978044**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 93A SUR 18A 23**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488447284834**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1975 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
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**				

MAICOL ESTIT OLIVERO HURTADO
PS_1975_2025_0166AD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAICOL ESTIT OLIVERO HURTADO
CC: 1033698574
CEL: 3043978044

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			
MAICOL ESTIT OLIVERO HURTADO			
	CON C.C N°	**1.033.698.574**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1975 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.575.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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.Se apoya en revisar inventarios documentales de Historias Clínicas de San Blas, separarlos por nombre, apellidos y número de identificación en columnas para unidad de victimas un total de 46079 registros https://drive.google.com/drive/folders/1x7FKBbHD41ucByLz8nQnV48WoCBLnX9D?usp=drive_link
2	2.Se apoya en revisar inventarios documentales de Historias Clínicas de San Blas, separarlos por nombre, apellidos y número de identificación en columnas para unidad de victimas un total de 46079 registros https://drive.google.com/drive/folders/1x7FKBbHD41ucByLz8nQnV48WoCBLnX9D?usp=drive_link
3	3.Durante el mes de diciembre no se realizó esta obligación especifica ya que se estaba realizando otras actividades
4	4.Apoyo en inventarios para la unidad de víctimas, se separa por primer apellido, segundo apellido, primer nombre, segundo nombre y por cedula, cantidad: 46079 registros. https://drive.google.com/drive/folders/1x7FKBbHD41ucByLz8nQnV48WoCBLnX9D?usp=drive_link
5	5.: Se recogen de la sede administrativa 24 cajas de contratos ops en nómina, 22 cajas de bienes y servicios, 19 cajas del sarlaf y 29 cajas en tesorería https://drive.google.com/drive/folders/1x7FKBbHD41ucByLz8nQnV48WoCBLnX9D?usp=drive_link
6	6.Apoyo en gestionar las necesidades de gestión documental, requeridos de los diferentes procesos o áreas.
7	7.: Durante el mes de diciembre no se realizó esta obligación especifica ya que se estaba realizando otras actividades
8	8.Se verifica las historias clínicas en dinámica y de descargan en una carpeta. https://drive.google.com/drive/folders/1x7FKBbHD41ucByLz8nQnV48WoCBLnX9D?usp=drive_link
9	9.: Durante el mes de diciembre no se realizó esta obligación especifica ya que se estaba realizando otras actividades
10	10.Se apoya en organización del almacén de insumos, se trasladan cajas de historia clínica al archivo central Se apoyó en el alistamiento entrega de insumos a las diferentes dependencias: gerencia, oficinas de jurídica, desarrollo institucional, cartera, bienes y servicios, santa clara, san Blas y la victoria. Se recogen de la sede administrativa 24 cajas de contratos ops en nómina, 22 cajas de bienes y servicios, 19 cajas del sarlaf y 29 cajas en tesorería https://drive.google.com/drive/folders/1x7FKBbHD41ucByLz8nQnV48WoCBLnX9D?usp=drive_link
11	11.Si se cumple con las metas y actividades asignadas
12	12.Se anexa copia de la planilla de pago #9495576432- 10/12/2025
13	13.Se diligencia correctamente las actividades realizadas según las obligaciones específicas del contrato, en el nuevo aplicativo.
14	14.Se realiza cargue en el secop ii de los soportes para el pago del mes de diciembre
15	15.Se realizan los cambios a la cuenta de cobro según la modificación del contrato (Se acepta adición del (01/12/2025 al 31/12/2025)
16	16.Se mantuvo absoluta reserva sobre la información institucional a cargo
17	17.Esta actividad debe realizarse a la finalización del contrato

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° 9495576432	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/12/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 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	*MAICOL ESTIT OLIVERO HURTADO* *PS_1975_2025_0166AD* **MAICOL ESTIT OLIVERO HURTADO** **CC: 1033698574**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_1975_2025_0166AD* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1975_2025_0166AD* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **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 1033698574		OLIVERO HURTADO MAICOL ESTIT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 93 b sur No. 18 a 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3122565687	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1995389140	9495576432	I	2025/12/17	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

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	1033698574	OLIVERO MAICOL	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	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 1033698574		OLIVERO HURTADO MAICOL ESTIT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 93 b sur No. 18 a 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3122565687	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1995389140	9495576432	I	2025/12/17	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500