

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ			CC:	1023005701
CORREO ELECTRÓNICO:	JDIAZCHA95@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3227617766
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2B ESTE 90 20 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	09473162048
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5069 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.227.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ PS_5069_2025_6287CF NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ CC: 1023005701 CEL: 3227617766					

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

JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ

CON C.C N°

1.023.005.701

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5069 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/03/11
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.958.984	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 45.230.184	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.227.120
--	---------------	---	--------------

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	REALICE SEGUIMIENTO A INGRESOS ABIERTOS, NOTIFICANDO A FACTURADORES CONTESTE FORMATOS DE PQRS REQUERIDAS, IMPUESTAS A FACTURADORES DEL AREA CONTESTE CORREOS SEGÚN SOLICITUD DE CADA AREA DE SEGUIMIENTOS A TRABAJO SE REALIZA ACOMPAÑAMINETO A FACTURADORES Y TECNICOS, EN PROCESO DE FACTURACION SE VERIFICAN DIVERSA DRIVES EN LA CUALES SE CONSIGNAN INFORMACION DE INCONSISTENCIAS, ARMADO ENTRE OTRAS SE REALIZA SEGUIMIENTO A PAGARES Y LT REPORTADOS POR EL AREA DE TESOREIA ASISTI A REUNIONES COMPENTES AL CARGO PARA DEFICION DE PROCESOS CON LAS AREAS SOLICITANTES REALICE NOTAS CREDITOS SOLICITADAS POR EL AREA DE ARMADO DE CUENTAS GENERE REPORTES SOBRE PRODUCCION Y FACTURACION DEL PERSONAL, PARA SEGUIMIENTO DE INGRESOS CUMPLI CON LAS OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES SEGÚN EL 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° 9494832039	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/10	\$ 213.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 273.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 41.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 528.800

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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



JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ

PS_5069_2025_6287CF

JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ

CC: 1023005701

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_5069_2025_6287CF

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_5069_2025_6287CF

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1023005701		DIAZ CHAVES JEYSON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 2 B 90 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7673456	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2052756777	9496720085	I	2026/01/05	2026/01/02	BANCOLOMBIA	0	\$560,000

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	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000	\$212,500			\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000	\$41,500		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000	\$212,500			\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000	\$41,500		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000	\$212,500			\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000	\$41,500		\$0	\$0	
1	CC	1023005701	DIAZ JEYSON	230301	30	\$1,700,000	\$272,000	EPS002	30	\$1,700,000	\$212,500	CCF22	30	\$1,700,000	\$34,000	14-11	30	\$1,700,000	\$41,500	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000	\$212,500			\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000	\$41,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023005701		DIAZ CHAVES JEYSON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 2 B 90 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7673456	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	2052756777	9496720085	I	2026/01/05	2026/01/02	BANCOLOMBIA	\$560,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$272,000	\$0	\$0	\$272,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$272,000	\$0	\$0	\$272,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,500	\$0	\$0	\$41,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$41,500	\$0	\$0	\$41,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,000	\$0	\$0	\$34,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$34,000	\$0	\$0	\$34,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$212,500	\$0	\$0	\$212,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$212,500	\$0	\$0	\$212,500
TOTAL				1	\$560,000	\$0	\$0	\$560,000