

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS			CC:	79889810
CORREO ELECTRÓNICO:	iaci030303@gmail.com			TELÉFONO:	3192410081
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 52A 20 SUR 69			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66937063947
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5760 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.672.026	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS PS_5760_2025_E72A2D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS CC: 79889810 CEL: 3192410081					

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

IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS

CON C.C N°

79.889.810

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO 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 5760 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/13
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.603.216	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.307.398	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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	1. REALICE VERIFICACION LINEA DE PAGO SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL. 2. REALICE ACTUALIZACION DATOS LOS USUARIOS EN DHG. 3. REPORTE LOS CASO A TARABAJO SOCIAL CUANDO TENIAN DIFICULTADES EN LA SEGURIDAD SOCIAL. 4. REGISTRE Y CONFIRME ORDENES DE SERVICIOS PRESTADO EN DGH. 5. SE VERIFICO CONTRA HISTORIA CLINICA LOS SERVICIO, PROCEDIMIENTO Y SE REGISTRO EN DGH GARANTIZANDO 100 % EL COBRO. 6. SE VERIFICO SOPORTE ANEXADOS POR EL AREA DE AUTORIZACIONES. 7. SE REGISTRO EGRESO EN DGH EN EL LOS TIEMPO ESTIPULADO. 8. ADJUNTE SOPORTE MANUALES, RECIBOS DE CAJA , SOPORTE DE AVANTAGE A REQUERIMIENTO. 9. GENERE FACTURAS. 10. GENERE RECIBO DE CAJA EN DGH SEGÚN SU CONCEPTO. 11. LEGALICE PAGARES EN DGH SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE. 12. ENTREGUE A DIARIO FACTURAS. 13. REALICE CORRECCIONES A LAS DEVOLUCIONES SEGÚN LA INDICACIONES. 14. APLIQUE PLAN DE CONTINGENCIA CUANDO NO SE CONTABA CON DINAMICA DGH.15. SE ASISTIO A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS. 16. REALICE ACTIVIDADES INDICADAS POR EL SUPERVISOR O JEFE IMEDIATO.
---	---

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° 9494877905	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/10	\$ 178.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	\$ 228.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.600

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



IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS

PS_5760_2025_E72A2D

IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS

CC: 79889810

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_5760_2025_E72A2D

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_5760_2025_E72A2D

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 79889810		CASTRO IBAGOS IVAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18 SUR # 24F-34 APA 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7130494	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																		
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																	
No	Identificación	Nombre	ing	re	te	ta	de	pa	vs	pa	vs	co	rt	si	lige	lm	a	va	ca	av	vc	vt	vr	vp	Codig o	Dias	IBC	Aporte	Codig o	Dias	IBC	Aporte	Codig o	Dias	IBC	Aporte	Codig o	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes				
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0			\$440,500
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			\$440,500
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			\$440,500
1	CC	79889810	CASTRO IVAN																						25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS010	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	2.436%	\$34,700	0	\$0	\$0	No	\$440,500				
Total Afiliados(1)																														\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0			\$440,500

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1996911365	9494877905	I	2025/12/03	2025/12/10	BANCOLOMBIA	7	\$442,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900
COLPENSIONES	25-14		900,336,004	7	1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA	14-11		890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010		800,088,702	2	1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800
TOTAL					1	\$440,500	\$2,100	\$0	\$442,600



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ 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	
☐	1 PS 5760 2025 CRP-17477.pdf	1 PS 5760 2025 CRP-17477.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐	2 PS 5760 2025 CRP-19335.pdf	2 PS 5760 2025 CRP-19335.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 5760 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>