

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS MIGUEL ALVAREZ ABELLA		CC:	1031126700	
CORREO ELECTRÓNICO:	MIGUEL_HALD_TRUGQHOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3202158325	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 13G BIS 49D 34 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	04572671068

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6058 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.921.566
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



LUIS MIGUEL ALVAREZ ABELLA
PS_6058_2025_2D76C7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUIS MIGUEL ALVAREZ ABELLA

CC: 1031126700

CEL: 3202158325

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

LUIS MIGUEL ALVAREZ ABELLA

CON C.C N°

1.031.126.700

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6058 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.921.566	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.436.418	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.921.566
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
--	-----------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE
--	--

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA
-------------------------------	-------------------------------------

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	prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería, enmarcados dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de su actividad y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred Centro Oriente ES E
2	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo inseguras en la prestación de servicios de salud.
3	Cumplir con las normas de bioseguridad. (Utilización de tapabocas, bata, lavado de manos, gafas y demás que se requieran medidas para disminuir el riesgo biológico)
4	Participar en los espacios de inducción, reinducción, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relación a la atención de pacientes.
5	Aplicar protocolos y procedimientos con el fin de brindar una atención de calidad, dando cumplimiento a la normatividad vigente en relación a los procesos de habilitación y acreditación y seguridad del paciente
6	Dar cumplimiento con los procesos del programa asignado por el líder de la unidad; Ruta de Crónicos, Epidemiología, bases de datos y demás Rutas Integrales de Salud
7	Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades marcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
8	Ofrecer un trato humanizado con calidez y calidad tanto al paciente como a su familia; como también al equipo de trabajo
9	velar por el uso racional y conservación de los inventarios, equipos e insumos como también el área de trabajo
10	Direccionar y/o orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específicos y detección temprana y la adhesión a los programas y acciones de demanda inducida, contempladas en las normas vigentes.
11	Cumplir con las actividades asignadas, manteniendo la reserva, privacidad, dando cumplimiento con las normas, reglamentos y necesidades del servicio.
12	Brindar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de demanda inducida.

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° 1078011050	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	\$ 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



LUIS MIGUEL ALVAREZ ABELLA

PS_6058_2025_2D76C7

LUIS MIGUEL ALVAREZ ABELLA

CC: 1031126700

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



NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA

PS_6058_2025_2D76C7

NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA

SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-15, 07:44:56 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1078011050

Periodo Cotización:

noviembre de 2025

Periodo Servicio:

noviembre de 2025

PAGADO 15/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS MIGUEL ALVAREZ ABELLA		
Documento	CC1031126700	Dirección	TV 13G #49 B - 34 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3202158325
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	USI	IGI	UMI	UAC	UAP	UPT	URD	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1031126700	LUIS MIGUEL ALVAREZ ABELLA	59	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 3.700	\$ 444.200



s ▼ Menú ▼

Ir a

[n de contratos](#) → Ver contrato

Datos guardados

[Cancelar](#)

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
------------	-------------------	------------------	--------------------	-------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
<input type="checkbox"/>	PS 6058 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 6058 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf
<input type="checkbox"/>	PS 6058 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 6058 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf
<input type="checkbox"/>	PS 6058 2025 CUENTA DE COBRO 2025 OCTUBRE.pdf	PS 6058 2025 CUENTA DE COBRO 2025 OCTUBRE.pdf
<input type="checkbox"/>	PS 6058 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf	PS 6058 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE.pdf

[Cancelar](#)