

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	WILMER JEFFERSON HERRERA GUZMAN			CC:	1024478041
CORREO ELECTRÓNICO:	DJWILTH@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3114533723
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 37 A 09 20			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000500083498
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1517 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.612.980	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/15				
 WILMER JEFFERSON HERRERA GUZMAN PS_1517_2025_39246B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: WILMER JEFFERSON HERRERA GUZMAN CC: 1024478041 CEL: 3114533723					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
WILMER JEFFERSON HERRERA GUZMAN				
CON C.C N°		1.024.478.041		
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 1517 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.677.880	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 43.550.460	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.612.980	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34			
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	Creación y actualización de las Cuentas Bancarias de terceros en Dinámica Gerencial de acuerdo a la solicitud de base de contratos nuevos. Correos de solicitud para creación y actualización de cuentas bancarias de terceros. Archivo físico y digital de las certificaciones bancarias.			
2	Se realiza cruce de la base de los comprobantes de egreso de los meses de Noviembre y hasta el 23 de Diciembre de 2025, validando y reportando en la misma su situación de firmas y trámite correspondiente.			
3	Respuestas y trámites atendidos al correo electrónico apoyoadmintesoreria3@subredcentrooriente.gov.co			
4	Se apoya el proceso de recaudo, se realiza el proceso de recaudo en el Hospital San Blas para el periodo del 22 de Diciembre 2025 al 09 de Enero 2026, haciendo el reemplazo por vacaciones de la funcionaria Martha Alfonso Gamez.			
5	Apoyo en la generación de comprobantes de egreso solicitados. Apoyo en la oficina de Tesorería del Hospital San Blas realizando las actividades requeridas por la referente y supervisor del contrato.			
6	Se atienden todas las solicitudes requeridas al correo institucional y bases de información. Demas actividades en cumplimiento de las funciones y el proceso de recaudo en la oficina de Tesorería del Hospital san Blas cumpliendo con la necesidad del servicio.			
7	Se hace entrega y se suministra toda la información por medio de acta y un back up digital, del cargo y las actividades estipuladas en el contrato No PS 1517 2025 en función de la transparencia ante la responsabilidad de las actividades propias del cargo y el proceso ejecutado en el área de Tesorería de la Dirección Financiera de la Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente E.S.E. Por último mis mas sinceros agradecimientos por la oportunidad de hacer parte del equipo de trabajo de la tesorería, de la dirección financiera y de esta maravillosa entidad al servicio de la comunidad. Para mi ha sido un verdadero gusto haber podido contribuir en algo al mejoramiento continuo, por podido aportar mi conocimiento, mi trabajo y mi amistad en mi labores diarias.			
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 (2026-01-01) AL (2026-01-15)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 92649401	OPERADOR:	MI PLANILLA	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/02	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/02	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/02	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 WILMER JEFFERSON HERRERA GUZMAN PS_1517_2025_39246B WILMER JEFFERSON HERRERA GUZMAN CC: 1024478041		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO PS_1517_2025_39246B MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_1517_2025_39246B ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024478041	WILMER JEFFERSON HERRERA GUZMAN		CALLE 58 B BIS No 23D-11 SUR	3114533723	djwlth@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92649401	\$440.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024478041	WILMER JEFFERSON HERRERA GUZMAN		CALLE 58 B BIS No 23D-11 SUR	3114533723	djwilth@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92649401	10
					TOTAL A PAGAR
					\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1024478041	HERRERA GUZMAN WILMER JEFFERSON	59	0		N																			230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA