

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ELMER CUBIDES ROMERO		CC:	5908312	
CORREO ELECTRÓNICO:	ELMERTIN@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3103052014	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 163 73 33 CA 2		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009770063353

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8004 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.226.865
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/24	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



ELMER CUBIDES ROMERO
PS_8004_2025_FFA638

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ELMER CUBIDES ROMERO

CC: 5908312

CEL: 3103052014

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

ELMER CUBIDES ROMERO

CON C.C N°

5.908.312

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 8004 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/24
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.452.935	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.906.664	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA
--	-------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO
-------------------------------	--------------------------------

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)

- | | |
|-------------|---|
| ITEM | <ol style="list-style-type: none"> Elaboración del informe correspondiente al proceso de Cierre y Arqueo de la Caja Menor a diciembre 24 de 2025 de la Subred CO Capacitación y elaboración del Informe de Seguimiento al reporte de la cuenta correspondiente al segundo semestre de 2025 por la Subred CO a la plataforma Sivicof de la Contraloría de Bogotá D.C. Capacitación, Revisión y análisis de la información relacionada, para el Informe de Seguimiento de las Operaciones Recíprocas correspondientes al mes de diciembre 31 de 2025. Análisis y revisión del Informe de la Revisoría Fiscal con corte a Septiembre 30 de 2025. |
|-------------|---|

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 (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 42433659	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/01/27	\$ 311.340
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/27	\$ 398.515
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/27	\$ 60.673
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 770.528

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 ibr 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



ELMER CUBIDES ROMERO

PS_8004_2025_FFA638

ELMER CUBIDES ROMERO

CC: 5908312

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



ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO

PS_8004_2025_FFA638

ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5908312	ELMER CUBIDES ROMERO		CALLE 163 No. 73-33 Casa2	7742088	elmertin@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	27/01/2026	42433659	\$369.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	350.000	0		0		0	21	4.500	0	354.500	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	

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.700				14.700	21	200	14.900			147	14.900	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	21	0	0	0
ICBF				
0	21	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	350.000	354.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	14.700	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	364.700	369.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5908312	ELMER CUBIDES ROMERO		CALLE 163 No. 73-33 Casa2	7742088	elmertin@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	27/01/2026	42433659	\$369.400		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	5908312	CUBIDES ROMERO ELMER	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	2.800.000	350.000	14-11	2.800.000	1	14.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA