

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO		CC:	1069261482	
CORREO ELECTRÓNICO:	Sanchezq0216@gmail.com		TELÉFONO:	3209430523	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8 # 189 a - 24		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488452562736

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1216 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.893.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO

PS\_1216\_2025\_2B2DD5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO

CC: 1069261482

CEL: 3209430523

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

**EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO**

CON C.C N°

1.069.261.482

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1216 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 11.680.200	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 54.507.600	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.893.400
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** TRECE (13) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

**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	Validar matriz de adiciones y prorrogas de contratacion de personal asistencial y administrativa (ops) de las diferentes unidades de la subred centro oriente ese.
2	Articular las acciones de la Direccion de Servicios Ambulatorios.
3	Realizar seguimiento al estricto cumplimiento de la documentacion del personal a vincularse con la entidad siguiendo los parametros de la lista de chequeo.
4	Apoyar en la planeacion para promover la correcta ejecucion de los contratos de prestacion de servicios de las direcciones misionales asignadas.
5	Atender las necesidades administrativas que se presenten por cualquier eventualidad de las diferentes unidades y dar aviso a la direccion y/o subgerencia de la subred que corresponda.
6	Apoyar en la validacion de formatos de adición y prorroga de contratacion de personal asistencial y administrativa (ops) de las diferentes unidades de la subred centro oriente ese y gestionar su radicación a la dirección de contratación.
7	Coadyudar en la coordinación de las actividades administrativas de los servicios y/o procesos de la direccion de servicios ambulatorios.
8	Apoyar a los supervisores para el cumplimiento y ejecucion de actividades y recursos de las ordenes de prestacion de servicios asignadas.
9	Realizar el apoyo en la supervision y seguimiento de contratos cuando estas sean asignadas.
10	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades.
11	Revisar las cuentas de cobro del pago mensual del personal asistencial (ops) a los supervisores de las diferentes unidades de la subred centro oriente e.s.e.

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 279733	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>

SALUD:	FAMISANAR	2025/12/30	\$ 194.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/30	\$ 249.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/30	\$ 38.000
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 482.000

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO</i> <i>PS_1216_2025_2B2DD5</i></p> <hr/> <p><b>EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO</b> <b>CC: 1069261482</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</i> <i>PS_1216_2025_2B2DD5</i></p> <hr/> <p><b>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069261482	EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO		CALLE 167 A # 5 A - 03	3209430523	sanchezq0216@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	1	30/12/2025	279733	\$513.200	

## 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	194.700	0		0		0	0	0	0	194.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	249.300	0	0	0	0	0	0	0	249.300	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	38.000				38.000	0	0	38.000			380	38.000	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.200	0	0	31.200	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	194.700	194.700
Pensión	1	249.300	249.300
Riesgos Laborales	1	38.000	38.000
CCF	1	31.200	31.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>513.200</b>	<b>513.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069261482	EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO		CALLE 167 A # 5 A - 03	3209430523	sanchezq0216@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	\$513.200				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1069261482	SANCHEZ QUINTERO EDISON HUMBERTO	59	0			N																	230301	1.557.600	249.300	0	0	0	0	EPS017	1.557.600	194.700	14-7	1.557.600	3	38.000	CCF24	1.557.600	31.200	0	0	0	0	0

# PAGADA

## Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1 PS 1216 2025 CRP-5944.pdf	1 PS 1216 2025 CRP-5944.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2 PS 1216 2025 CRP-11782.pdf	2 PS 1216 2025 CRP-11782.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3 PS 1216 2025 CRP-19471.pdf	3 PS 1216 2025 CRP-19471.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1216 2025 - 2.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1216 2025 - 2.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1216 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1216 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1216 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Activar Windows  
 Comprador  
 Ve a Configuración para activar Windows.