

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																									
Identificación			dv	Razon Social					Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																
CC 79825510				ARIAS OJEDA ALIRIO ADOLFO					INDEPENDIENTE					PRINCIPAL			TRAV 18 H # 80 - 46 SUR			BOGOTA-BOGOTA D.E.			7652440		No																
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																									
Periodo			Clave					Tipo		Fecha					Pago																										
Pensión		Salud	Pago			Planilla		Planilla		Limite		Pago			Banco			Dias Mora			Valor																				
2025-12		2025-12	2056351172			9496787259		I		2026/01/06		2026/01/05			BANCO DAVIVIENDA			0			\$434,300																				
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	hsp	pcor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0		\$0		\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0		\$0		\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0		\$0		\$0
1	CC	79825510	ARIAS ALIRIO																	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF24	30	\$1,423,500	\$28,500		0	\$0	0.000%	\$0	30	\$0	No		
Total Afiliados(1)																									\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0		\$0		\$0

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$434,300	\$0	\$0	\$434,300

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA			CC:	79825510
CORREO ELECTRÓNICO:	alirio2978@gmail.com			TELÉFONO:	3057479297
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 18H 77A 46 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	462870017797
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7697 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.672.026	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA PS_7697_2025_C2E302 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA CC: 79825510 CEL: 3057479297					

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

ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA

CON C.C N°

79.825.510

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 7697 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/10/16

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

1.425.081

No. HORAS EJECUTADAS

0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

12.736.657

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

2.672.026

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA

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 Beberá disponer de los documentos completos en regla

2 Realizar visitas domiciliarias para valorar el paciente y darle finalidad al tratamiento de antibióticos

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° 9496787259

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO

ENTIDAD

FECHA DE PAGO

VALOR PAGADO

SALUD:

COMPENSAR

2026/01/05

\$ 178.000

PENSIÓN:

PROTECCION

2026/01/05

\$ 227.800

RIESGOS LABORALES:

SURA

2026/01/05

\$ 0

OTRO

TOTAL PAGADO

\$ 405.800

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 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



ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA
PS_7697_2025_C2E302

ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA
CC: 79825510

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_7697_2025_C2E302

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

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



MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
PS_7697_2025_C2E302

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
SUPERVISOR DEL CONTRATO