

**Información básica de la planilla**

<b>Empresa:</b>	JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES	<b>NIT:</b>	1022965013
<b>Tipo Planilla:</b>	I	<b>Periodo liquidación Pensiones:</b>	enero 2026
<b>Sucursal o Dependencia:</b>	PRINCIPAL	<b>Periodo liquidación Salud:</b>	enero 2026
<b>Número de Radicación:</b>	46811199	<b>Total a pagar:</b>	\$544,000
<b>Fecha de vencimiento:</b>	04/02/2026	<b>Total de empleados:</b>	1
<b>Fecha de Pago:</b>	10/02/2026	<b>Número de Administradoras:</b>	3

**Detalles del pago**

<b>Razón social recaudo:</b>	Compensar OI	<b>Nit recaudo:</b>	9998600669427
<b>Descripción:</b>	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	<b>Medio de Pago:</b>	Pago Electronico por PSE
<b>Banco:</b>	BANCO DAVIVIENDA	<b>Número Autorización:</b>	52093448
<b>Estado de la transacción:</b>	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$42,900
231001	800227940	Colfondos	1		\$0	\$281,300
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$219,800
						\$544,000

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 46811199, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES		<b>CC:</b>	1022965013	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	JOHNCASTRO1503@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3134393506	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 5 ESTE 97B 58 SUR		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	8400693811

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 1407 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 3.143.560
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/01/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES  
PS\_1407\_2025\_873C6F

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES

CC: 1022965013

CEL: 3134393506

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

**JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES**

**CON C.C N°**

**1.022.965.013**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1407 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.430.680	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 44.009.840	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.143.560
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
-------------------------------	---------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> <b>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</b>
-------------	---

	<p>Realice cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias, según el detallado de facturación, según el anexo técnico 9 del contrato 003_SUBSIDIADO_4790688_CONTRIBUTIVO_45745</p> <p>Notifique inconsistencias por errores de facturación a las unidades, referentes y analistas. _SUBSIDIADO_4025_CONTRIBUTIVO_138</p> <p>Realice cruces de información, verificando actividades finales en la facturación a tarifa 2423/96 y según manual de facturación del contrato 003 de PGP (ANEXO TECNICO 6) en el detallado de facturación. _SUBSIDIADO_8438_CONTRIBUTIVO_735</p> <p>Agrupe actividades FINALES vs INTERMEDIAS _SUBSIDIADO_4824980_CONTRIBUTIVO_47809</p> <p>Realice anexo tecnico 1 agrupando actividades finales según manual de facturación anexo tecnico 6 del contrato 003/2023 adición presupuestal _SUBSIDIADO_8438_CONTRIBUTIVO_735</p> <p>Verifique en dinámica gerencial, en el módulo de historia clínica procedimientos quirúrgicos, egresos especializados, consultas de urgencias y unidad renal _SUBSIDIADO_8438_CONTRIBUTIVO_735</p> <p>Realice seguimiento y control por unidad de las inconsistencias reportadas _SUBSIDIADO_4025_CONTRIBUTIVO_138</p> <p>Socialice Anexos técnicos del PGP para revisión y cumplimiento de SENDAS, previo a la radicación, envío de sendas parciales, para conocimiento de las diferentes áreas _SUBSIDIADO_8438_CONTRIBUTIVO_735</p> <p>Genere las Facturas Globales por el techo del contrato 003 factura SSCO0007752803 ( \$ 14.608.666.164)Y SSCO0007752752 ( \$ 1.067.250.252)_SUBSIDIADO_1_CONTRIBUTIVO_1</p> <p>Realice Oficios con la relación de las TIPOLOGÍAS mensuales para su respectiva radicación. SSCO0007752803 ( \$ 14.608.666.164)Y SSCO0007752752 ( \$ 1.067.250.252)_SUBSIDIADO_1_CONTRIBUTIVO_1</p> <p>Busque Diagnósticos para actividades finales, según anexo _SUBSIDIADO_490_CONTRIBUTIVO_60</p> <p>Respondi alertas administrativas correspondiente _junio _SUBSIDIADO_0_CONTRIBUTIVO_0</p> <p>Notifique a la diferentes areas asistencias tipologias parciales para revision previa y auditoria asistencial total registros Subdiado _SUBSIDIADO_8438_CONTRIBUTIVO_735</p> <p>Notifique reingresos de urgencias para dar cumplimiento al anexo tecnico 6 manual de facturacion contrato 003 _SUBSIDIADO_287_CONTRIBUTIVO_39</p> <p>Realice radicacion de las tipologias y facturas globales en la plataforma de capital salud SSCO0007752803 ( \$ 14.608.666.164)Y SSCO0007752752 ( \$ 1.067.250.252)_SUBSIDIADO_1_CONTRIBUTIVO_1</p> <p>Realice radicacion en el sistema de informacion DGH para las factura globales subsidiado y contributivo SSCO0007752803 ( \$ 14.608.666.164)Y SSCO0007752752 ( \$ 1.067.250.252)_SUBSIDIADO_1_CONTRIBUTIVO_1</p> <p>Verifique y cruce informacion en el anexo tecnico de actividades finales el tipo de documento de identificacion para cada usuario _SUBSIDIADO_8438_CONTRIBUTIVO_735</p> <p>Envie detallados para el descargue de epicrisis de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 _SUBSIDIADO_1839_CONTRIBUTIVO_93</p> <p>Realice cruce de informacion contra base de datos de los usuarios fallecidos de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 _SUBSIDIADO_8438_CONTRIBUTIVO_735</p> <p>Realice cruce informacion para identificar duplicidades en consultas de urgencias _SUBSIDIADO_4764_CONTRIBUTIVO_560</p> <p>Realice verificacion de cantidades excesivas para las actividades intermedias y finales _SUBSIDIADO_4824980_CONTRIBUTIVO_47809</p> <p>Verifique distribucion de servicios por hora y fechas acordes a la realizacion de cada actividad en salud _SUBSIDIADO_4824980_CONTRIBUTIVO_47809</p> <p>Verifique rango de fechas acordes al ingreso y egreso para el ambito hospitalario, cirugia ambulatoria y urgencias _SUBSIDIADO_4824980_CONTRIBUTIVO_47809</p> <p>Realice seguimiento en la facturacion de cuidados intermedios adultos, pediatricos y neonatales en la verificacion de criterios para su</p>
--	--

1

cobro\_SUBSIDIADO\_217\_CONTRIBUTIVO\_10

Realice seguimiento en la facturación de cuidados intensivos adultos, pediátricos y neonatales en la verificación de criterios para su cobro\_SUBSIDIADO\_114\_CONTRIBUTIVO\_5

Realice seguimiento en la facturación sin actividades finales facturadas total registros \_SUBSIDIADO\_5869\_CONTRIBUTIVO\_236

Realice seguimiento en los procedimientos de parto y cesarea, en la subfacturación o sobrefacturación SUBSIDIADO\_110\_CONTRIBUTIVO\_11

Realice seguimiento a las facturas sin estancia y urgencias \_SUBSIDIADO\_22145\_CONTRIBUTIVO\_1255

Envíe distribución de actividades finales vs centro de costos \_SUBSIDIADO\_8438\_CONTRIBUTIVO\_735

Realice seguimiento en la facturación de procedimientos quirúrgicos esto de acuerdo al manual de facturación del contrato pgp y manual tarifario SUBSIDIADO\_1647\_CONTRIBUTIVO\_65

Envíe detallados para el descargue de informes quirúrgicos de acuerdo al manual de facturación anexo técnico 6\_SUBSIDIADO\_1647\_CONTRIBUTIVO\_65

**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° 272453	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/30	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/30	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/30	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

**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**

JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES

PS\_1407\_2025\_873C6F

**JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES****CC: 1022965013**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*YAMILE CANO HERRERA*

*PS\_1407\_2025\_873C6F*

**YAMILE CANO HERRERA**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ*

*PS\_1407\_2025\_873C6F*

**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**