

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ			CC:	1002860435
CORREO ELECTRÓNICO:	benaloscristhia@gmail.com			TELÉFONO:	3002230155
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 11b #17-40			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488454384550
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1864 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.667.879	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28				
<div><div>CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ PS_1864_2026_338D4B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ CC: 1002860435 CEL: 3002230155</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ

CON C.C N°1.002.860.435

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III 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 1864 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.492.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.492.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.667.879
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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	1. RECEPCIONAR A DIARIO LAS FACTURAS GENERADAS Y ORGANIZAR POR PAGADOR.2. VERIFICAR CONTRA HISTORIA CLINICA QUE SE ENCUENTREN FACTURADOS Y REGISTRADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL USUARIO ATENDIDO.3. REALIZAR LIQUIDACION Y CARGUE DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y ACUERDO DE VOLUNTADES CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)4. VERIFICAR QUE LAS FACTURAS CONTENGAN LAS TARIFAS Y SOPORTES DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y ACUERDO DE VOLUNTADES CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)5. REALIZAR Y CONSOLIDAR LAS CAUSALES DE DEVOLUCIONES DE LAS FACTURAS ELECTRONICAS DE VENTA (FEV) O REGISTROS DE SERVICIO, PARA CORRECCION DE FORMA OPORTUNA6. GENERAR LAS RELACIONES DE ENVIO Y SOLICITUD DE RIPS OPORTUNAMENTE, POR CADA UNA DE LAS FEV A RADICAR A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.7. GARANTIZAR LA RADICACION OPORTUNA DE LA FACTURACION DE LAS ENTIDADES ASIGNADAS, DE ACUERDO CON LAS FECHAS PROGRAMADAS.8. INFORMAR OPORTUNAMENTE A LA COORDINACION DE FACTURACION LAS RAZONES QUE PODRIAN DIFICULTAR O LA NO RADICACION OPORTUNA DE LAS FACTURAS.9. REALIZAR DESPLAZAMIENTO A LAS EAPB PARA ENTREGA DE FACTURAS, EN CASO DE SER NECESARIO.10. REGISTRAR Y SUBIR LAS FACTURAS Y SOPORTES EN LOS APLICATIVOS WEB DISPONIBLES POR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO, PARA RADICACION DE FACTURAS.11. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS FACTURADORES QUE SE ENCUENTRAN EN LOS CENTROS DE ATENCION, GARANTIZANDO LOS SOPORTES NECESARIOS PARA LA RADICACION EFECTIVA ANTES LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.12. DAR RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES DE FACTURAS DE FORMA OPORTUNA Y DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.13. BRINDAR EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y BASES DE DATOS.14. REALIZAR ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS15. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.16. PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA O POR LA SUBRED.17. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO. 18. SERA RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA ENTREGAR EL DINERO RECAUDADO EN LA VENTANILLA, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA DIFERENCIA ESTA SERA DESCONTADA DE LOS HONORARIOS QUE SE CERTIFIQUEN EN EL MES CORRESPONDIENTE AL FALTANTE.

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-02-03) AL (2026-02-28)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 42165218	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/02/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/02/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/02/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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	<div><div>CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ</div><div>PS_1864_2026_338D4B</div></div> <div>CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ</div> <div>CC: 1002860435</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YAMILE CANO HERRERA</div><div>PS_1864_2026_338D4B</div></div> <div>YAMILE CANO HERRERA</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</div><div>PS_1864_2026_338D4B</div></div> <div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1002860435	CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ		CRA 11 B 17 40 SUR	7458963	BENALOSCRISTHIA@GMAIL.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
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	42165218	\$542.300
TOTAL A PAGAR					

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	218.900	0		0		0	1	200	0	219.100	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	280.200	0	0	0	0	1	200	0	280.400	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	42.700				42.700	1	100	42.800			427	42.800	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	218.900	219.100
Pensión	1	280.200	280.400
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	542.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1002860435	CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ		CRA 11 B 17 40 SUR	7458963	BENALOSCRISTHIA@GMAIL.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
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	42165218	10
					TOTAL A PAGAR
					\$542.300

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	1002860435	BENAVIDES LOPEZ CRISTHIAN DAVID	57	0		N																		230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
PS61962025 SEPTIEMBRE.pdf (Archivado)		PS61962025 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
1. PS_4214_2025_AGOSTO CUENTA COBRO 2025.pdf (Archivado)		1. PS_4214_2025_AGOSTO CUENTA COBRO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1. PS_4214_2025_CUENTA COBRO AGOSTO 2025.pdf	1. PS_4214_2025_CUENTA COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. PS_4214_2025_CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	2. PS_4214_2025_CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. PS_4214_2025_CUENTA COBRO OCTÚBRE 2025.pdf	2. PS_4214_2025_CUENTA COBRO OCTÚBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_6196_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS_6196_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2026.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6196 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 6196 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar	Cargar nuevo	