SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BRANDO CAMILO HERNANDEZ CARVAJAL**			**CC:**	**1023034877**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BRANDONCAMILO9403@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3208616283**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 77B SUR 14 64**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400839802**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2957 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.693.346**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28**				

BRANDO CAMILO HERNANDEZ CARVAJAL
PS_2957_2026_79B74F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BRANDO CAMILO HERNANDEZ CARVAJAL
CC: 1023034877
CEL: 3208616283

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
BRANDO CAMILO HERNANDEZ CARVAJAL			
	CON C.C N°	**1.023.034.877**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2957 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.172.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.172.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.693.346
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA AYALA ROJAS		

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	Elaboración y entrega de certificados solicitados por la Oficina Jurídica y allegados por medio de correo electrónico o la plataforma AgilSalud, debidamente verificados con información extraída de los aplicativos institucionales Dinámica Gerencial e Hipócrates.
2	Liquidación y validación de recargos nocturnos, dominicales, festivos y horas extras, realizada de manera manual, revisando las observaciones reportadas en la planilla Reporte de Turnos y Novedades, así como la verificación de ausencias injustificadas, asegurando su correcta integración en el archivo plano y posterior cargue al módulo de nómina del aplicativo correspondiente, para su incorporación en la nómina del mes de febrero.
3	Organización de las planillas correspondientes a los recargos causados en el mes de febrero, realizando la foliación manual y registrando los consecutivos en el informe de recargos de la vigencia correspondiente.
4	Depuración de inconsistencias entre recargos, vacaciones e incapacidades, mediante cruces de bases de datos en Excel, asegurando la veracidad de la información antes de su cargue en el sistema.
5	Elaboración y validación del archivo plano de recargos y horas extras, conforme a la codificación y parámetros exigidos por el aplicativo de nómina.
6	Apoyo en la liquidación de prestaciones sociales del personal retirado, verificando acumulados salariales y licencias no remuneradas, garantizando la correcta liquidación.
7	Apoyo en la elaboración y validación de la seguridad social y aportes parafiscales, mediante la consolidación y cruce de información con el archivo de vacaciones.
8	Elaboración de respuestas a los derechos de petición interpuestos por funcionarios, exfuncionarios o entes externos, referentes a los procesos que maneja nómina, allegados mediante correo electrónico o la plataforma AgilSalud.
9	Aplicación de fórmulas avanzadas en Excel y desarrollo de código en Visual Basic, para la consolidación de la información correspondiente a los recargos a reliquidar del personal activo y retirado.
10	Extracción y validación de información desde los aplicativos institucionales (Hipócrates y Dinámica Gerencial), para la elaboración de certificaciones e informes, en atención a los requerimientos allegados
11	Se realizo la descarga del acumulado de cesantías retroactivas de cada uno de los empleados afiliados a FONCEP, donde se cargó de manera exitosa el archivo plano correspondiente al mes de enero de 2026.
12	Se apoyó al referente de nómina en la elaboración de informes solicitados

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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1078840422	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/24	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/02/24	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/24	$ 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 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	*BRANDO CAMILO HERNANDEZ CARVAJAL* *PS_2957_2026_79B74F* **BRANDO CAMILO HERNANDEZ CARVAJAL** **CC: 1023034877**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA AYALA ROJAS* *PS_2957_2026_79B74F* **MARTHA AYALA ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**