

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023882518		CORTES CHAVARRO ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 42G SUR # 74 - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3224372866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2026003164	9493455159	I	2025/12/04	2025/12/22	NEQUI	18	\$539,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,690,848	\$270,600			\$1,690,848	\$211,400			\$1,690,848	\$10,200			\$1,690,848	\$41,200		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,690,848	\$270,600			\$1,690,848	\$211,400			\$1,690,848	\$10,200			\$1,690,848	\$41,200		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,690,848	\$270,600			\$1,690,848	\$211,400			\$1,690,848	\$10,200			\$1,690,848	\$41,200		\$0	\$0	
1	CC	1023882518	CORTES ALEJANDRO	231001	30	\$1,690,848	\$270,600	EPS008	30	\$1,690,848	\$211,400	CCF21	30	\$1,690,848	\$10,200	14-11	30	\$1,690,848	\$41,200	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,690,848	\$270,600			\$1,690,848	\$211,400			\$1,690,848	\$10,200			\$1,690,848	\$41,200		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023882518		CORTES CHAVARRO ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 42G SUR # 74 - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3224372866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2026003164	9493455159	I	2025/12/04	2025/12/22	NEQUI	18	\$539,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$270,600	\$3,100	\$0	\$273,700	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$270,600	\$3,100	\$0	\$273,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,200	\$500	\$0	\$41,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$41,200	\$500	\$0	\$41,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,200	\$200	\$0	\$10,400	
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	\$10,200	\$200	\$0	\$10,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$211,400	\$2,400	\$0	\$213,800	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$211,400	\$2,400	\$0	\$213,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$533,400</b>	<b>\$6,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$539,600</b>	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALEJANDRO CORTES CHAVARRO		CC:	1023882518	
CORREO ELECTRÓNICO:	ALECORTES@UAN.EDU.CO		TELÉFONO:	3224372866	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 42 G SUR 74 30		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	175622612

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1928 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.227.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ALEJANDRO CORTES CHAVARRO  
PS\_1928\_2025\_D3DD4A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALEJANDRO CORTES CHAVARRO

CC: 1023882518

CEL: 3224372866

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

**ALEJANDRO CORTES CHAVARRO**

CON C.C N°

**1.023.882.518**

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1928 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 12.681.360	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 54.952.560	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.227.120
---	---------------	--	--------------

<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>	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
-------------------------------	---------------------------------

**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. Se realiza y gestiona de manera integral el seguimiento y resolución de las alertas sanitarias emitidas por el INVIMA. Este proceso se lleva a cabo de forma semanal, garantizando la revisión detallada de cada alerta para evaluar su impacto en la seguridad del paciente. A través de este manejo constante y actualizado, se asegura que cualquier riesgo potencial relacionado con productos o dispositivos médicos sea identificado y abordado de manera oportuna. La gestión continua de estas alertas permite implementar acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la protección de los pacientes y a la mejora constante de la calidad en la atención sanitaria.
2	2. Se realiza y se gestiona de manera integral la revisión y seguimiento de situaciones relacionadas con la seguridad del paciente en ALMERA. Este proceso se realiza paulatinamente durante el mes con el objetivo de evaluar y abordar cualquier riesgo potencial que pueda comprometer la salud y seguridad de los pacientes. A través de este enfoque, se identifican y resuelven de manera oportuna las situaciones que puedan representar un peligro, implementando acciones correctivas y preventivas que contribuyen a minimizar los riesgos y garantizar una atención sanitaria segura y de calidad.
3	3. Se envían reportes de fallas de calidad en los dispositivos médicos a los proveedores para su respectiva gestión, se envían los soportes correspondientes a los proveedores para su revisión y solución. Este proceso incluye la recopilación detallada de la información sobre el incidente, como el tipo de falla, los posibles efectos en la seguridad del paciente y las condiciones en las que se presentó el problema, con el objetivo de resolver las fallas de manera oportuna y garantizar que los dispositivos médicos cumplan con los estándares de calidad y seguridad requeridos.
4	4. Se realiza gestión, apoyo y acompañamiento en el proceso de carga de las capacitaciones en el sistema, asegurando que toda la información se ingresara de manera precisa y oportuna.
5	5. Se realizan rondas de seguridad del paciente en las diferentes sedes de la Subred Centro Oriente, se realizan rondas nocturnas conforme al cronograma establecido por la Oficina de Calidad, con el fin de hacer seguimiento al estado y funcionamiento de los dispositivos y equipos médicos.
6	9. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD CON EL FIN DE DISMINUIR LOS RIESGOS.
7	6. La atención brindada en las diferentes áreas y servicios se caracteriza por ser cortés, humana y cálida, promoviendo un trato respetuoso y empático hacia los pacientes y sus familias, en concordancia con los principios de humanización en la atención en salud.
8	Se realiza ajuste del manual de tecnovigilancia

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 9493455159	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/20	\$ 211.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/20	\$ 270.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/20	\$ 41.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 523.200




**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>ALEJANDRO CORTES CHAVARRO</i> PS_1928_2025_D3DD4A</p> <hr/> <p><b>ALEJANDRO CORTES CHAVARRO</b> <b>CC: 1023882518</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>ADRIANA MARCELA VERANO VARGAS</i> PS_1928_2025_D3DD4A</p> <hr/> <p><b>ADRIANA MARCELA VERANO VARGAS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</i> PS_1928_2025_D3DD4A</p> <hr/> <p><b>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>