PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-13, 10:58:30 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080464633

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823988995

PAGADO 13/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ		
Documento	CC1013625007	**Dirección**	CL 106 SUR #7 - 43
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3152872246
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1013625007	HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ	03	00																	0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.100	$ 3.400	$ 502.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ**			**CC:**	**1013625007**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FABIANCORREA0902@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3135633614**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 106 SUR 7 43**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**469570016037**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1647 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.793.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ
PS_1647_2026_BDBA0A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ
CC: 1013625007
CEL: 3135633614

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			
HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ			
	CON C.C N°	**1.013.625.007**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR 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 1647 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:**	$ 2.793.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO		

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	Durante el mes de marzo, desempeñé funciones asistenciales y administrativas en el marco del Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD), orientadas a garantizar la atención integral, segura y continua de los pacientes en su entorno domiciliario. Las principales actividades desarrolladas fueron: Brindé orientación al paciente y/o cuidador sobre las recomendaciones necesarias para la permanencia en el domicilio, asegurando la adherencia y continuidad del tratamiento clínico según las indicaciones médicas establecidas. Asimismo, realicé procesos de educación en salud enfocados en el cuidado y manejo básico de dispositivos médicos utilizados durante la atención domiciliaria, de acuerdo con los lineamientos institucionales vigentes. Apoyé la administración de medicamentos prescritos por el médico tratante, cumpliendo estrictamente con los protocolos institucionales y dentro del alcance de mis competencias. Además, ejecuté visitas domiciliarias programadas para dar cumplimiento al plan de tratamiento, garantizando oportunidad y calidad en la prestación del servicio. Mantuve comunicación constante sobre el desarrollo y localización de las actividades asistenciales mediante los canales definidos por el programa, facilitando el seguimiento y la coordinación del servicio. También promoví la sensibilización de los pacientes respecto a sus derechos y deberes en el sistema de salud. Cumplí con las normas de bioseguridad, incluyendo lavado de manos y uso adecuado de elementos de protección personal, contribuyendo a la seguridad del paciente y del entorno. Porté de manera adecuada la identificación institucional y mantuve una presentación personal acorde con los estándares establecidos. Participé activamente en procesos de capacitación, fortalecimiento de competencias y en el cumplimiento de políticas institucionales relacionadas con calidad, seguridad del paciente y sistema integrado de gestión. Igualmente, contribuí en análisis de mejora y reporté oportunamente eventos de notificación obligatoria. Garanticé la confidencialidad de la información de los pacientes y el uso adecuado de los aplicativos institucionales. Informé de manera oportuna cualquier novedad que pudiera afectar el cumplimiento de mis funciones y atendí las recomendaciones emitidas por supervisión y calidad. En cuanto a las actividades logísticas, aseguré el transporte adecuado de insumos requeridos mediante el uso de motocicleta, cumpliendo con todos los requisitos legales, documentación vigente, mantenimiento del vehículo y uso de elementos de protección personal. Asimismo, respeté las normas de tránsito y conducción preventiva. Finalmente, cumplí con las obligaciones contractuales, incluyendo el pago de aportes al sistema de seguridad social, y atendí las necesidades del servicio en los diferentes centros de salud adscritos a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., así como otras funciones asignadas por el supervisor.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1080464633	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/03/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/13	$ 41.128
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 540.228

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	*HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ* *PS_1647_2026_BDBA0A* **HECTOR FABIAN CORREA FLOREZ** **CC: 1013625007**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1647_2026_BDBA0A* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO* *PS_1647_2026_BDBA0A* **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**