

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ | | CC: | 1030598690 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | DANIELOLAYA131@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3143985760 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CARRERA 95 B N 58 57 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: 452900105050 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 7827 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.190.587 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/11/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/07/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30 | | |



DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ
PS_7827_2025_8474AE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ

CC: 1030598690

CEL: 3143985760

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

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ

CON C.C N° **1.030.598.690**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR EXTERNO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **PS 7827 2025** **FECHA INICIO CONTRATO** **2025/11/01**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ **3.190.587** **No. HORAS EJECUTADAS** **0**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ **28.608.930** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **3.190.587**

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS **NUEVE (9) MESES**

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: **HOSPITAL SAN BLAS**

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS**

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 .Garanticé el cumplimiento de la secuencia concertadas, mediante el apoyo en el seguimiento del cumplimiento de actividades por parte de las tripulaciones, que derivan directamente en los indicadores del convenio 8523636-2025 APH
- 2 .Efectué actividades técnicas en el desarrollo de la prestación del servicio, entre las cuales se relaciona: entrega y seguimiento de insumos, medicamentos, oxígeno entre otros encaminado a mantener la operatividad con eficiencia en los aprovisionamientos
- 3 .Gestione la liberación de camillas mediante el seguimiento a la retención y la correspondiente gestión necesaria tendiente a la liberación y puesta en operación de las ambulancias del convenio 8523636-2025 APH, esto incluye la generación de los informes requeridos como insumo del informe de ejecución mensual
- 4 .Asistí a las reuniones y citaciones de acuerdo con la programación, seguimiento y generación de las capacitaciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los contratistas del programa de APH. Así mismo, como las citaciones realizadas por parte del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
- 5 .Cumplí con las actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y en el marco del convenio 8523636-2025 APH vigente dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | N° 74702682 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|--------------------|-------------|---------------|--------------|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/04/24 | \$ 219.100 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2026/04/24 | \$ 280.400 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/04/24 | \$ 42.800 |

| | | | |
|--|--|--|------------|
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 542.300 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA | | | |
| <p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p> | | | |
| 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 style="text-align: center;">  <p><i>DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ</i> <i>PS_7827_2025_8474AE</i></p> <hr/> <p>DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ CC: 1030598690</p> </div> | | |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div style="text-align: center;">  <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_7827_2025_8474AE</i></p> <hr/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> </div> | | |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1030598690 | DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ | | CRA 95 B # 57 58 SUR | 6049904 | DANIELOLAYA131@GMAIL.CO M |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 74702682 | 24/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | \$1,750,905 | \$577.500 | |

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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 | |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 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 |
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 35.100 | 1 | 100 | 35.200 | 1 |

| 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 | 1 | 35.100 | 35.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 576.900 | 577.500 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1030598690 | DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ | | CRA 95 B # 57 58 SUR | 6049904 | DANIELOLAYA131@GMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 74702682 | 24/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | \$1,750,905 | \$577.500 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|--|--|-----------------------|----------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|-------|-----|-----|-------------------|-----|-----|------------|-----------|---------|---------|--------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|---------|------------------------|-----------|---------|------|-----------------|------------|------------|---------|--------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | | | Cotizante | Subleigo | Extranjero | Colom. exterior | Exonemado | ING | RET | TDE | TDE | TDE | TDP | TAP | VP | SN | ICE | LMA | VAC | APP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1030598690 | OLAYA PEREZ DANIEL ORLANDO | | | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | CCF22 | 1.750.905 | 30 | 35.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

PAGADA



- 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

< 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 | | | | | |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|--|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

< Evaluación de la Entidad Estatal >