aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79811475		PEDRAZA ALBA EMILIANO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 51D BIS SUR # 5A 59 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3717845	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	1000001013	9502982855	I	2026/05/20	2026/05/12	BANCO DE BOGOTA	0	$379,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,225,634	$196,200			$1,225,634	$153,300			$0	$0			$1,225,634	$29,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,225,634	$196,200			$1,225,634	$153,300			$0	$0			$1,225,634	$29,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,225,634	$196,200			$1,225,634	$153,300			$0	$0			$1,225,634	$29,900		$0	$0
1	CC	79811475 PEDRAZA EMILIANO	25-14	21	$1,225,634	$196,200	EPS008	21	$1,225,634	$153,300		0	$0	$0	14-7	21	$1,225,634	$29,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,225,634	$196,200			$1,225,634	$153,300			$0	$0			$1,225,634	$29,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79811475		PEDRAZA ALBA EMILIANO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 51D BIS SUR # 5A 59 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3717845	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	1000001013	9502982855	I	2026/05/20	2026/05/12	BANCO DE BOGOTA	0	$379,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,200	$0	$0	$196,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$196,200	$0	$0	$196,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,900	$0	$0	$29,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,900	$0	$0	$29,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,300	$0	$0	$153,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$153,300	$0	$0	$153,300
TOTAL				**1**	**$379,400**	**$0**	**$0**	**$379,400**

MAY 12 2026 13:05:26 REMDES10.5

CORRESPONSAL
PAPELERIA ORIS
CL 39A 3C 07 SUR ESTE

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO:0028877355 TER: 9TOZZ876
V.ELECTRON Cc
**1296 RECIBO: 002706 RRN: 004935
RECAUDO APRO: 257995

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009502982855

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO . $ 379.400

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL:01 8000518877

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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**EMILIANO PEDRAZA ALBA**			**CC:**	**79811475**
CORREO ELECTRÓNICO:	**eemilianopedraza@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3013848790**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 51D BIS SUR 5A 59 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**80651516246**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3718 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.089.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/08**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/10 AL 2026/04/30**				

EMILIANO PEDRAZA ALBA
PS_3718_2026_FA9DFE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EMILIANO PEDRAZA ALBA
CC: 79811475
CEL: 3013848790

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			
EMILIANO PEDRAZA ALBA			
	CON C.C N°	**79.811.475**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3718 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/08**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.227.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**129**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.227.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.089.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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. Obligación: Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. 1.1. Actividad: Desarrollé las actividades que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual 1.2. Evidencia: Se entregaron los soportes de las actividades desarrolladas directa e indirectamente del objeto contractual.
2	2. Obligación: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar y suscrito entre el FDS y la SUBRED y/o actualizaciones que correspondan. 2.1. Actividad: Realicé la apropiación conceptual de los lineamientos y anexos técnicos del convenio Mas Bienestar 2.2. Evidencia: Se entregó el acta de apropiación de lineamientos.
3	3. Obligación: Entregar al supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos, magnéticos, insumos biomédicos y dotación que se hubieren generado y/o entregado durante su ejecución. 3.1. Actividad: Se entregará al supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos, magnéticos, insumos biomédicos y dotación que se hubieren generado y/o entregado durante su ejecución 3.2. Evidencia: Se realizará el acta de entrega al supervisor todos los archivos.
4	4. Obligación: Realizar el pago de los aportes al sistema general de seguridad social y aportes parafiscales, de conformidad con la ley 1955 de 2019 plan de desarrollo 2018 2022, en su artículo 336 derogo estos preceptos y en su lugar entro a regir el artículo 244 de la misma norma, ratificando lo dispuesto en la ley 1753 de 2015, y demás normas que lo reglamenten, complementen o sustituyan. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de incumplimiento y terminación del contrato, para lo cual se dará tramite al proceso pertinente de conformidad con el manual de contratación y acciones legales a que haya lugar. 4.1. Actividad: Se realizó el pago de los aportes al sistema general de seguridad social conforme a la ley 1955 de 2019 4.2. Evidencia: Se cargó en el DRIVE el archivo de la planilla expedido por el proveedor.
5	5. Obligación: Desarrollar el plan de bienestar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas. 5.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 5.2. Evidencia: No aplica
6	6. Obligación: Realizar la planilla de las familias con las que se inician los planes de bienestar familiar o el formato de disentimiento de las familias que rechazan la intervención y verificar el archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso. 6.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 6.2. Evidencia: No aplica
7	7. Obligación: Realizar los tamizajes requeridos por el perfil de acuerdo con las fichas técnicas (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, rejillas de crecimiento y desarrollo resolución 2465 y 3280, cope 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL y acompañamiento psicosocial) según aplique. 7.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 7.2. Evidencia: No aplica
8	8. Obligación: Realizar las canalizaciones y seguimiento de acuerdo con la necesidad y el riesgo identificado en las familias. 8.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 8.2. Evidencia: No aplica
9	9. Obligación: Realizar agendamiento en tiempo real a la unidad resolutiva más cercana del usuario acorde a lo establecido en los lineamientos técnicos. 9.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 9.2. Evidencia: No aplica
10	10. Obligación: Realizar notificación de eventos de interés de salud pública de acuerdo con la necesidad. 10.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 10.2. Evidencia: No aplica
11	11. Obligación: Realizar el cargue al aplicativo GTAPS con calidad y oportunidad la información de las familias visitadas en el convenio equipos más bienestar en tu hogar acorde a lo establecido en los lineamientos técnicos. 11.1. Actividad: 11.2. Evidencia: No aplica
12	12. Obligación: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 12.1. Actividad: Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato. 12.2. Evidencia: Se entregaron los soportes de las actividades inherentes al objeto del contrato.

13	13. Obligación: Cumplir con actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la SUBRED, de acuerdo a las horas contratadas. 13.1. Actividad: Cumplí con actividades programadas y asignadas de mi perfil y conforme al lineamiento 13.2. Evidencia: Se entregaron soportes de las actividades programadas y asignadas a mi perfil, conforme al lineamiento.
14	14. Obligación: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos a los lineamientos técnicos del convenio interadministrativo más bienestar en tu hogar. 14.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato. 14.2. Evidencia: No aplica
15	15. Obligación: Realizar cargue y entrega de cuenta de cobro en los tiempos establecidos, por la subred integrada de servicios de salud centro oriente, con la calidad requerida. 15.1. Actividad: Realicé el cargué de la cuenta de cobro en los tiempos establecidos por la SUBRED en el aplicativo SIGCO. 15.2. Evidencia: Cargue en aplicativo SIGCO y cargue de la cuenta de cobro en SECOP.
16	16. Obligación: Dar cumplimiento de la política de protección y tratamiento de datos personales y de la política general de seguridad de la información del FFDSSDS y sus símiles en la SISS. 16.1. Actividad: Se dio cumplimiento de la política de protección y tratamiento de datos personales. 16.2. Evidencia: Se firmó acta de confidencialidad
17	17. Obligación: Realizar notificación del trabajo infantil, del trabajo forzoso, de las conductas discriminatorias, del hostigamiento sexual, de la violencia y de la discriminación contra las mujeres. 17.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 17.2. Evidencia: No aplica.
18	18. Obligación: Apropiar las medidas para prevenir, corregir y denunciar el hostigamiento sexual, la violencia y la discriminación contra las mujeres, en sus actividades empresariales y cadena de suministro en el marco de la ejecución del presente convenio. 18.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 18.2. Evidencia: No aplica
19	19. Obligación: Cumplir, según su perfil y responsabilidades asignadas, con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio más bienestar vigente, suscrito entre el FDS y la SUBRED, así como con los lineamientos técnicos y operativos que de este se deriven. 19.1. Actividad: Se cumplió con todas las obligaciones establecidas según el perfil. 19.2. Evidencia: Se entregaron los soportes de las actividades desarrolladas establecidas según mi perfil

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 (2026-04-10) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*EMILIANO PEDRAZA ALBA* *PS_3718_2026_FA9DFE* **EMILIANO PEDRAZA ALBA** **CC: 79811475**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3718_2026_FA9DFE* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_3718_2026_FA9DFE* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**