

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

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

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7827 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 3.190.587
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/11/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/07/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ  
PS\_7827\_2025\_B790A4

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 82041791	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/25	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/25	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/25	\$ 42.700

OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 541.800
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
<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>			
<b>VII. ANEXOS</b>			
(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>	<div style="text-align: right;">  <p><i>DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ</i> <i>PS_7827_2025_B790A4</i></p> <hr/> <p><b>DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ</b> <b>CC: 1030598690</b></p> </div>		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	<div style="text-align: right;">  <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_7827_2025_B790A4</i></p> <hr/> <p><b>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></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.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82041791	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$576.900	

## 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	0	0	0	218.900	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	0	0		280.200	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	0	0	42.700			427	42.700	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	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>576.900</b>	<b>576.900</b>



- 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

Cancelar

< 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					

Crear

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 <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 7827 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



# La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ

C.C. 1030598690

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 22 de mayo de 2026



Luis Fernando Joya Joya

C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano