

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073707398	JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ		Carrera 8 #24a06	7815156	julianandiaz23@outlook.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
		66879432	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$499.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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	
230301	Porvenir	800224808-8	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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073707398	JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ		Carrera 8 #24a06	7815156	julianandiaz23@outlook.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
		66879432	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$499.100	

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. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	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 1073707398	DIAZ JIMENEZ JULIAN ANDRES			3	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Saldo de pagos y Saldo de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Documento del contrato cargado	Valor total contrato:	12.395.214,00 COP	-
	Valor anticipo:	0,00 COP	0%
	Valor de las entregas	0,00 COP	0%
	Valor facturado:	0,00 COP	0%
	Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%
	Valor pagado:	0,00 COP	0%
	Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%
	Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%
	Valor pendiente de ejecución:	12.395.214,00 COP	100%
	Valor pendiente de entrega:	12.395.214,00 COP	100%

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2026.pdf	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 7880 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Eliminar seleccionados

Cargar nuevo

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ		CC:	1073707398	
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIANDIAZ.JADJ8@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3103782176	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8 24A 06		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	456800245361

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3686 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.754.126
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/07 AL 2026/04/30		



JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ
PS_3686_2026_E49D31

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ

CC: 1073707398

CEL: 3103782176

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

JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ

CON C.C N° 1.073.707.398

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL CONVENIO APH 8523636 2025
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3686 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/07
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.731.100	No. HORAS EJECUTADAS	142
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.731.100	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.754.126
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
--	--

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 | DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN NHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX) |
| 2 | REALICÉ LAS ACCIONES ACORDES AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTA SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS , DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (REGISTROS DE ATENCIONES Y REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX |
| 3 | NO ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN EN EL MES EN REFERENCIA |
| 4 | TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX Y REGISTROS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REGISTRADOS EN APLICATIVO NETUX |
| 5 | REALICÉ LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH |
| 6 | PROPUCÉ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y EL BUEN DESEMPEÑO DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA. |
| 7 | REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE APH VIGENTE |

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 (2026-04-07) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL


No. DE PLANILLA:	N° 66879432	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/03/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/11	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.100


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	 <p><i>JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ</i> PS_3686_2026_E49D31</p> <hr/> <p>JULIAN ANDRES DIAZ JIMENEZ CC: 1073707398</p>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> PS_3686_2026_E49D31</p> <hr/> <p>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--