

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DEYVER ALEXANDER AGUIRRE MONTAÑA		CC:	1024514865	
CORREO ELECTRÓNICO:	DEYVERAGUIRE@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3208611734	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 16 10A SUR 08		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488424330568

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2781 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.291.130
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



DEYVER ALEXANDER AGUIRRE MONTAÑA

PS_2781_2026_8F50A7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DEYVER ALEXANDER AGUIRRE MONTAÑA

CC: 1024514865

CEL: 3208611734

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DEYVER ALEXANDER AGUIRRE MONTAÑA

CON C.C N° **1.024.514.865**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2781 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.164.520	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.164.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.291.130
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR: OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES

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	<p>1. ANALISIS DE MERCADO DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS QUE SE OFERTAN EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE. 2. REALIZAR SEGUIMIENTO Y ACTUALIZACION DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS OFERTADOS Y HABILITADOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE. 3. PARTICIPAR Y APOYAR EN EL PROCESO DE NEGOCIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A PACTAR Y GESTION DE LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES CON LAS DIFERENTES ENTIDADES GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LA RENTABILIDAD ESPERADA, EL IMPACTO DE LA FACTURACION Y CIERRE DE NEGOCIACIONES. 4. REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS DIFERENTES CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD MANEJADOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, GARANTIZANDO EL CORRECTO DESARROLLO Y LAS ACTUALIZACIONES PERTINENTES DE ACUERDO A LAS MODIFICACIONES EFECTUADAS AL PORTAFOLIO GENERAL OFERTADO.5. GENERAR RELACIONAMIENTO COMERCIAL CON EL FIN DE CREAR ALIADOS ESTRATEGICOS CON LAS DIFERENTES ENTIDADES (EAPB-ERP-PTS-PSS). 6. PRESENTACION DE OFERTAS DE SERVICIO, INSUMOS Y MEDICAMENTOS A LAS DIFERENTES ENTIDADES DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.7. BRINDAR SOPORTE AL AREA DE FACTURACION, COSTOS, AUDITORIAS CUENTAS MEDICAS Y ASISTENCIAL EN LO RELACIONADO A LA PARAMETRIZACION DE LOS SERVICIOS Y TARIFAS CONTRATADAS. 8. REALIZAR SOLICITUD AL AREA DE CONTABILIDAD DE LAS CUENTAS CONTABLES PARA LA PARAMETRIZACION DE LOS CONTRATOS, PLANES DE BENEFICIOS Y CONTRATOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION.9. CREACION Y PARAMETRIZACION EN EL SISTEMA DGH DE LOS CONTRATOS, PLANES DE BENEFICIOS, TARIFAS, CODIGOS CUPS, CODIGOS CUMS, PAQUETES, PROCEDIMIENTOS ESPECIALES Y OTROS SERVICIOS O TECNOLOGIAS DE SALUD CONFORME LO ESTABLECE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.10. CREAR TARIFAS PARA LOS SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE SEGUN MANUALES TARIFARIOS. 11. ASIGNACION DE AREAS DE SERVICIO Y CENTROS DE COSTOS PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.12. GENERACION DE COTIZACION DE SERVICIOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS Y PRESENTACION DE ESTAS A LAS DIFERENTES ENTIDADES.13. MANTENER COMUNICACION CONSTANTE CON EL AREA ASISTENCIAL, FACTURACION, COSTOS, CUENTAS MEDICAS, DEVOLUCIONES Y CONTABILIDAD CON EL FIN DE ENCONTRAR SOLUCIONES A LOS INCONVENIENTES QUE SE PRESENTEN DURANTE LA OPERACION DIARIA.14. ACTUALIZAR TARIFAS ANUALMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION. 15. ASISTIR A REUNIONES QUE SE REQUIERAN CON LAS DIFERENTES AREAS VALIDADO LAS ACTUALIZACIONES DEL SISTEMA DE INFORMACION. 16. REALIZAR LAS ACTUALIZACIONES PERTINENTES DE ACUERDO CON LAS MODIFICACIONES NORMATIVAS (EN CUANTO CODIFICACION, TARIFAS, TECNOLOGIAS Y PLANES DE BENEFICIOS Y OTROS). 17. LAS DEMAS QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.</p>
---	---

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° 61823640	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/03/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/03/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/03/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800


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	 DEYVER ALEXANDER AGUIRRE MONTAÑA PS_2781_2026_8F50A7 <hr/> DEYVER ALEXANDER AGUIRRE MONTAÑA CC: 1024514865
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES PS_2781_2026_8F50A7 <hr/> OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024514865	DEYVER ALEXANDER AGUIRRE MONTAÑA		calle 28 sur #22 a 38	7651651	deyveraguirre@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
		61823640	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	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	
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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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	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
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024514865	DEYVER ALEXANDER AGUIRRE MONTAÑA		calle 28 sur #22 a 38	7651651	deyveraguirre@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
		61823640	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subepto	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 1024514865	AGUIRRE MONTAÑA DEYVER ALEXANDER		59	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0	

PAGADA