

**Información básica de la planilla**

**Empresa:** ..... RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA **NIT:** ..... 79839512  
**Tipo Planilla:** ..... I **Periodo liquidación Pensiones:** ..... abril 2026  
**Sucursal o Dependencia:** ..... PRINCIPAL **Periodo liquidación Salud:** ..... abril 2026  
**Número de Radicación:** ..... 76795787 **Total a pagar:** ..... \$582,500  
**Fecha de vencimiento:** ..... 06/05/2026 **Total de empleados:** ..... 1  
**Fecha de Pago:** ..... 19/05/2026 **Número de Administradoras:** ..... 4

**Detalles del pago**

**Razón social recaudo:** ..... Compensar OI **Nit recaudo:** ..... 9998600669427  
**Descripción:** ..... MIPlanilla.com Pago Proteccion Social **Medio de Pago:** ..... Pago Electronico por PSE  
**Banco:** ..... NEQUI **Número Autorización:** ..... 319007309

**Estado de la transacción:** ..... Transacción aprobada

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	1		\$0	\$43,100
231001	800227940	Colfondos	1		\$0	\$282,900
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensación Filiar	1		\$0	\$35,500
EPS010	800088702	EPS Sura	1		\$0	\$221,000
						\$582,500

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

**Le informamos que el pago de la planilla No. 76795787, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA			CC:	79839512
CORREO ELECTRÓNICO:	ELSYTIO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3143721209
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 77 6D 89			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480282261

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1863 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.873.100
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		

 RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA  
PS\_1863\_2026\_298382

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA

CC: 79839512

CEL: 3143721209

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

**RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA**

CON C.C N°

**79.839.512**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1863 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/03</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 11.492.400	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 11.492.400	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.873.100
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO ( 4 ) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

**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)

ITEM	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Descargar los soportes de las facturas en pdf en los aplicativos (colcam, aventage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencia) las cuales ya cuentan con el aval de revisión
2	Verificación de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial
3	Reparte en la DRIVE a las unidades de las inconsistencias encontradas ya sea en el cobro de las cuentas de soportes faltantes de las facturas a soportar y radicar
4	Reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar 36
5	Unificación o tipificación de los archivos magnéticos según las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos
6	Seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades
7	Creación de registro de la relación de envió en el sistema dinámica gerencial según la contratación vigente o solicitud de las EAPB
8	Seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envió en DGH.
9	Confirmación de la relación de envió en el sistema DGH
10	.Confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envíos en DGH y envió a rips de las mismas.
11	Creación y generación de la cuenta de cobro sobre el número de la relación de envió en el sistema DGH la cual se presentan a las EAPB y área de cartera
12	Radicación física o digital en la plataforma dispuestas por las EAPB de las relaciones de envió las cuales ya se encuentran en estado confirmado en DGH
13	Subsanación de las inconsistencias enviado ya sea por soporte, tipificación, facturación electrónica o validación de rips por las EAPB en el proceso de la radicación de las mismas
14	Entrega de la relación de envió con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH

**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° 76795787	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/05/19	\$ 221.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/19	\$ 282.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/19	\$ 43.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 547.000




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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 periodo correspondiente

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA</i> PS_1863_2026_298382</p> <hr/> <p><b>RAUL GERARDO PRECIADO PEÑA</b> <b>CC: 79839512</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p><i>YAMILE CANO HERRERA</i> PS_1863_2026_298382</p> <hr/> <p><b>YAMILE CANO HERRERA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_1863_2026_298382</p> <hr/> <p><b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>