

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79339988	HUGO FERNANDO ZABALETA HERNANDEZ		cll 6 d 80 b 89 to6 in2 ap401	7978311	hugotesoreriasubred@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
		87444556	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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	

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HUGO FERNANDO ZABALETA HERNANDEZ		CC:	79339988	
CORREO ELECTRÓNICO:	HUGOTESORERIASUBRED@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3147640002	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6 D 80 B 89		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400745033

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1714 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.191.160
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



HUGO FERNANDO ZABALETA HERNANDEZ
PS_1714_2026_8C6528

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HUGO FERNANDO ZABALETA HERNANDEZ

CC: 79339988

CEL: 3147640002

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

HUGO FERNANDO ZABALETA HERNANDEZ

CON C.C N°

79.339.988

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 1714 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 12.764.640 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 15.955.800 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.191.160

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

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)

1	SE REALIZAN RECORRIDOS DE RECAUDO DE TESORERIA DOS (2) VECES POR SEMANA EN TODAS LAS 17 UNIDADES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD (C.O. - R.U.U. - C.O)
2	SE REALIZAN LOS RECAUDOS EN HOSPITAL VICTORIA
3	SE CONSOLIDAN LOS DINEROS DE LOS RECAUDOS PARA LA RESPECTIVA ENTREGA A LA TRANSPORTADORA ATLAS
4	SE HACE EL SEGUIMIENTO A LOS FACTURADORES (60) EN PROMEDIO, DE LOS DINEROS POR RECAUDOS SEGÚN EL RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA EN DINAMICA Y DINERO EN FISICO
5	SE GENERAN NOTAS DE TESORERIA Y COMPROBANTES DE EGRESO POR REVERSIONES DE RECIBOS DE CAJA Y DEVOLUCIONES DE DINERO A USUARIOS
6	SE GENERAN LOS INFORMES DE RECAUDOS Y BOLETINES CORRESPONDIENTES DEL MES DE LAS UNIDADES R.U.U., SAN CRISTOBAL, CENTRO ORIENTE Y VICTORIA
7	SE RECIBEN Y TRAMITAN SOLICITUDES DE FUNCIONARIOS PARA GENERAR LOS COMPROBANTES DE EGRESO POR PAGO DE HONORARIOS Y SALARIOS SOLICITADOS
8	PROCESO DE ARCHIVO DE GESTION DOCUMENTAL, SEPARANDO EL ARCHIVO DE GESTION DE DOCUMENTOS DE APOYO
9	ENVIO DE CORREOS REPORTANDO FALTANTES DE EFECTIVO Y/O SOLICITUDES DE REVERSION Y DEVOLUCION DE DENERO QUE ESTEN PENDIENTES Y DEMAS TEMAS DE COMPETENCIA
10	ENVIO DE BOLETINES, ESCANEADO Y ENVIO DE PLANILLAS DE RECAUDO DE LA TRANSPORTADORA DE VALORES E INFORMES DE CADA UNO DE LOS RECORRIDOS DE RECAUDO CON SUS CUADRES
11	LAS DEMAS ACTIVIDADES ORDENADAS POR EL SUPERVISOR DE 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° 79154811 **OPERADOR:** MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/12	\$ 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 ningún 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>HUGO FERNANDO ZABALETA HERNANDEZ</i> PS_1714_2026_8C6528</p> <hr/> <p>HUGO FERNANDO ZABALETA HERNANDEZ CC: 79339988</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO</i> PS_1714_2026_8C6528</p> <hr/> <p>MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_1714_2026_8C6528</p> <hr/> <p>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>