

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF		
CC 1019096661		GERSON MICHEL AMADO MONTAÑA	INDEPENDIENTE	Principal	Diagonal 52 #26-21sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6883816	No		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-05	2026-05	376161601	9506138588	I	2026/06/16	2026/06/09	BANCO AV VILLAS	0	\$705,900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																								
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	ed	ta	ps	co	rst	lge	lma	vac	lvp	ct	ir	Vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias		IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																								\$2,168,000	\$346,900	\$2,168,000	\$271,000	\$1,750,905	\$35,100	\$2,168,000	\$52,900	\$0	\$0	\$705,900						
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																								\$2,168,000	\$346,900	\$2,168,000	\$271,000	\$1,750,905	\$35,100	\$2,168,000	\$52,900	\$0	\$0	\$705,900						
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								\$2,168,000	\$346,900	\$2,168,000	\$271,000	\$1,750,905	\$35,100	\$2,168,000	\$52,900	\$0	\$0	\$705,900						
1	CC	1019096661	AMADO GERSON																23030	30	\$2,168,000	\$346,900	EP5037	30	\$2,168,000	\$271,000	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$2,168,000	2.436%	\$52,900	30	\$0	\$0	No	\$705,900
Total Afiliados(1)																								\$2,168,000	\$346,900	\$2,168,000	\$271,000	\$1,750,905	\$35,100	\$2,168,000	\$52,900	\$0	\$0	\$705,900						

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$346,900	\$0	\$0	\$346,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$346,900	\$0	\$0	\$346,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$52,900	\$0	\$0	\$52,900
ARL SJURA	14-11	890,903,790	5	1	\$52,900	\$0	\$0	\$52,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$271,000	\$0	\$0	\$271,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$271,000	\$0	\$0	\$271,000
TOTAL				1	\$705,900	\$0	\$0	\$705,900

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GERSON MICHEL AMADO MONTAÑA		CC:	1019096661	
CORREO ELECTRÓNICO:	GERSONAMADO210@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3212049981	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 52 26 21 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	610808490

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1038 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.405.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



GERSON MICHEL AMADO MONTAÑA
PS_1038_2026_E6BEB7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GERSON MICHEL AMADO MONTAÑA

CC: 1019096661

CEL: 3212049981

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

GERSON MICHEL AMADO MONTAÑA

CON C.C N° 1.019.096.661

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACTERIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1038 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	270
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.027.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.405.400
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS: CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
-------------------------------	-------------------------------

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 | PROCESAR CADA UNA DE LAS PRUEBAS E INFORMAR LOS RESULTADOS DE MANERA OPORTUNA DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS. |
| 2 | ORIENTACION E INFORMAR A LOS PACIENTES SOBRE LOS REQUISITOS PARA LA TOMA DE MUESTRAS, LA FORMA DE SU RECOLECCION Y EL PROCESAMIENTO QUE SE VA A REALIZAR AL IGUAL QUE EL ANALISIS DE ESTAS EN LAS DIFERENTES AREAS QUE INTEGRAN EL LABORATORIO CLINICO. |
| 3 | REALIZAR PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EN LOS ANALISIS CLINICOS A FIN DE GARANTIZAR LA VERACIDAD DE LOS RESULTADOS, VERIFICANDO Y/O CALIBRANDO DIARIAMENTE |
| 4 | REVISAR LOS PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS, COLORACION, MONTAJE Y LAVADO DE MATERIAL DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. |
| 5 | APLICAR LAS NORMAS, MANUALES, GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. |
| 6 | DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS. |
| 7 | REALIZAR LA NOTIFICACION OBLIGATORIA DE LOS EVENTOS DE SALUD PUBLICA DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO. |
| 8 | APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 9 | RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. |
| 10 | ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS RELACIONADOS CON SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. |
| 11 | APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES. |
| 12 | APOYAR LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES, NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA DE CALIDAD. |
| 13 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION QUE POR SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES MANEJA. |
| 14 | INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. |
| 15 | VELAR PORQUE LA ATENCION SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO. |
| 16 | VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTION AMBIENTAL. |
| 17 | EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. |
| 18 | PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. |
| 19 | SE DESARROLLARAN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL SUPERVISOR. |

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° 9504647132	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/05/13	\$ 271.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/13	\$ 346.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/13	\$ 52.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 670.800

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	 <p><i>GERSON MICHEL AMADO MONTAÑA</i> <i>PS_1038_2026_E6BEB7</i></p> <hr/> <p>GERSON MICHEL AMADO MONTAÑA CC: 1019096661</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA</i> <i>PS_1038_2026_E6BEB7</i></p> <hr/> <p>MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>