



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-15, 04:04:55 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1081241178

Periodo Cotización:

abril de 2026

Periodo Servicio:

abril de 2026

Referencia pago (PIN):

8824059193

PAGADO 15/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ		
Documento	CC1022926737	Dirección	CR 5 #100 A - 28 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3227184571
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	ICP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1022926737	ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ	03	00																	0	30	30	0	0	(231001) COLFONDOS	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 1.200	\$ 500.300

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ		CC:	1022926737	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANCATAFE01@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3227184571	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5 100A 28 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	161643341

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1646 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.793.100
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		



ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ

PS_1646_2026_C59CB4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ

CC: 1022926737

CEL: 3227184571

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

ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ

CON C.C N°

1.022.926.737

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1646 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.172.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.965.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.793.100
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
-------------------------------	-----------------------------

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	<p>1 PERMANENCIA EN EL DOMICILIO, NECESARIAS PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO CLINICO, CONFORME A LAS INDICACIONES DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).2. REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACION DIRIGIDAS AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE EL CUIDADO Y MANEJO BASICO DE LOS DISPOSITIVOS MEDICOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCION EN EL PHD, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES. 3. APOYAR LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR EL MEDICO TRATANTE DEL PHD, CONFORME A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, DENTRO DEL ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL. 4. INFORMAR EL DESARROLLO Y LOCALIZACION DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, A TRAVES DE LOS MECANISMOS DEFINIDOS POR EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, CON FINES DE COORDINACION Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO. 5. EJECUTAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS Y DEMAS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES APLICABLES A LA ATENCION DOMICILIARIA. 6. PORTAR LA IDENTIFICACION INSTITUCIONAL ASIGNADA, UNICAMENTE PARA EFECTOS DE IDENTIFICACION DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS, SIN QUE ELLO IMPLIQUE RELACION LABORAL O SUBORDINACION. 7. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES CONFORME A LA PROGRAMACION GENERAL DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, GARANTIZANDO LA OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DEL SERVICIO. 8.REALIZAR SENSIBILIZACION A PACIENTES SOBRE DERECHOS Y DEBERES. 9. REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS PARA LA ASISTENCIA AL PLAN DE TRATAMIENTO DESIGNADO POR EL MEDICO DEL PHD (PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA). 10. GARANTIZAR QUE LA MOTO CUENTE CON MALETERO O ALFORJAS PARA EL TRANSPORTE DE LOS INSUMOS REQUERIDOS PARA EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA. 11. EL CONTRATISTA DEBERA MANIFESTAR MEDIANTE ESCRITO LA PROPIEDAD DEL VEHICULO (MOTO) Y/O LA AUTORIZACION DEL PROPIETARIO PARA DESARROLLAR LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS EN EL TRANSPORTE DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA. 12. DEBERA DISPONER DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS EN REGLA (CERTIFICADO MEDICO PARA CONDUCIR. LICENCIA, DOCUMENTOS DE PROPIEDAD DE LA MOTO, CERTIFICADO DE GASES. SOAT. _1C). 13. DEBERA CONTAR CON LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD Y PROTECCION COMO CASCO Y CHALECO REFLECTIVO, RODILLERAS Y CANILLERAS, DE ACUERDO CON LA NORMA. 14. EL CONTRATISTA ES RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LA MOTO Y EL COMBUSTIBLE DE LA MISMA. 15.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD, SEGUN LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS EN MATERIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE EN EL PAIS, TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE MANEJO PREVENTIVO. 16. PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVES DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.17. GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE</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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL


No. DE PLANILLA:	N° 1081241178	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/15	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/15	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/15	\$ 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>ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ</i> <i>PS_1646_2026_C59CB4</i></p> <hr/> <p>ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ CC: 1022926737</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</i> <i>PS_1646_2026_C59CB4</i></p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</i> <i>PS_1646_2026_C59CB4</i></p> <hr/> <p>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---