SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO**			**CC:**	**1023884434**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CRISTIANFABIANCAICEDOM@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123921961**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1 BIS 22A SUR 15 BL 5 AP 201**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**5700138265**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1013 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.952.360**
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**				

CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO
PS_1013_2026_E7F0A8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO
CC: 1023884434
CEL: 3123921961

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO			
	CON C.C N°	**1.023.884.434**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1013 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.761.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO		

ITEM	**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	REPORTE A OBLIGACIONES: 1.SE BUSCAN HOJAS DE VIDA DE CANDIDATOS EN EL CORREO CORPORATIVO Y EN LA PLATAFORMA DE TALENTO NO PALANCA, PARA CUMPLIR CON LA META DE LOS CANDIDATOS Y LAS VACANTES DISPONIBLES, ADICIONAL DE HOJAS DE VIDA QUE SE RECEPCIONAN EN LA DIRECCIONES DIRECTAMENTE 2.SE ENVIA LA LISTA DE CHEQUEO CON LOS FORMATOS PROPIOS DEL AREA DE SELECCIÓN, HACIENDO SEGUIMIENTO HASTA LOGRAR COMPLETAR LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS,DANDO CLARIDAD EN LA CONSECUENCIA DE DOCUMENTOS Y TIEMPOS DE ENTREGA 3.DENTRO DEL SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS, SOLAMENTE SE RADICA A LOS CANDIDATOS QUE HAN COMPLETADO LA TOTALIDAD DOCUMENTAL Y QUE SON IDONEOS TAMBIEN SEGÚN PRUEBA PSICOTECNICA. 4.SE GESTIONAN PROCESOS DE APOYO EN AUDITORIA, ACTUALIZACION DOCUMENTAL Y CAPACITACIONES A LAS QUE ALLAN LUGAR 5 SEGUIMIENTO A PROCESOS DOCUMENTALES + SEGUIMIENTO A NUEVOS CANDIDATOS 6.SEGUIMIENTO EN LA MATRIZ DE OPS A LA FORMALIZACION DE LAS PERSONAS RADICADAS PARA CONTRATOS NUEVOS, DOCUMENTACION COMPLETA Y CARPETA DEBIDAMENTE NOMBRA ,CONTANDO TAMBIEN CON DOCUMENTOS ADICIONALES COMO NECESIDAD Y CDP DIGITALIZADO 7.DENTRO DE LOS PROCESOS DOCUMENTALES SE DA SEGUIMIENTO AL FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y CONTRAPARTE SARLAFT Y A SU CONSULTA EN LA PAGINA OFICIAL PLD INTERNACIONAL Y ALIMETAR INFORMACION PARA REPÓRTES SARLAFT. 8. PROCESOS DE AYUDA EN AUDITORIAS O LO QUE SE REQUIERA EN EL AREA DE SELECCION 9. PROCESOS DOCUMENTALES A LOS CUALES HACEMOS SEGUIMIENTO 10. DENTRO DEL PROCESO DOCUMENTAL SE GARANTIZA TANTO CEDULA, CUENTA BANCARIA Y RUT QUE SON PARTE CENTRAL EN EL PROCESO DE CREACION DE TERCEROS PARA TODAS LAS AREAS IMPLICADAS. 11. CUMPLIMIENTO DE MI ACTIVIDADES A CABALIDAD, APOYO EN MASIVIDAD DOCUMENTAL O OPERACIÓN NORMAL.

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° 9503521093	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	$ 219.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/12	$ 280.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	$ 42.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 542.400

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	*CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO* *PS_1013_2026_E7F0A8* **CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO** **CC: 1023884434**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1013_2026_E7F0A8* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023884434		CAICEDO MONTENEGRO CRISTIAN FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30 B SUR NO 1 69 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2077185	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300635664	9503521093	I	2026/05/11	2026/05/12	BANCO DAVIVIENDA	1	$542,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	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	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1023884434 CAICEDO CRISTIAN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$300	$0	$280,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$300	$0	$280,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$100	$0	$42,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$100	$0	$42,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$200	$0	$219,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$200	$0	$219,100
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$600**	**$0**	**$542,400**