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:	**ELVER ESTUPIÑAN GARCIA**			**CC:**	**79536021**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ELVEREST.GARCIA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112560951**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 45B 19 19 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**056782522**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1000 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
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**				

ELVER ESTUPIÑAN GARCIA
PS_1000_2026_21625F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ELVER ESTUPIÑAN GARCIA
CC: 79536021
CEL: 3112560951

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			
ELVER ESTUPIÑAN GARCIA			
	CON C.C N°	**79.536.021**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III 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 1000 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.969.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
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	Para este periodo no se apoyo en la verificación de los documentos y datos necesarios para la elaboración de los contratos de prestación de servicios y de sus modificatorios.
2	En este periodo no se realizo el apoyo en digitar base de datos, combinar correspondencia, revisar otrosis, y todo lo que requiera el proceso contractual para el perfeccionamiento de todas las modificaciones que se requieran.
3	En este periodo no se realizo apoyo en creación de los expedientes contractuales y sus modificaciones en la plataforma de Colombia compra eficiente- secopl y ll, que le sean asignadas.
4	Se realizo el seguimiento a los contratos nuevos elaborados para la dirección hospitalaria - enfermería, Gestión de riesgo, complementarios y administrativa (230 contratos nuevos).Se apoyo informando a los supervisores una vez perfeccionado su contrato en secopll (Firmado en Secopll por las partes). Se adjunta base excell con registros de contratos nuevos.
5	En este periodo no se realizó apoyo en la actualización permanente de bases de datos de la Subred que se requieran para el desarrollo de la actividad contractual.
6	Se recopilo información para dar respuesta a requerimientos allegados a la Dirección de Contratación para dar respuesta de datos de notificación, expedientes contractuales, Información para entes de control, concejo de Bogotá proposiciones, certificaciones de contratación OPS, elaboración de oficios para dar respuesta a plataforma Ágil salud y PQR y/o radicados externos, derechos de petición, tutela. se tramitaron 80 ágil salud y 4 PQR, Se adjunta base de seguimiento de ágil salud tramitados.
7	En este periodo no se apoyo en la consolidación de la información necesaria para realizar los tramites contractuales y realizar el registro digital en la matriz de contratación.
8	Se apoyaron todos los seguimientos a las solicitudes presentadas en base de talento humano con contratos firmados a supervisor y contratista para el inicio de ejecución. (250 contratos nuevos). Se adjunta base Excel con registros de contratos nuevos.
9	Se elaboraron las respuestas para tramitar los datos de notificación de correspondencia, citaciones judiciales, solicitudes de información para respuesta de requerimientos de plataforma ágil salud, diariamente se realiza el seguimiento (4 PQR 80 y 14 en trámite) registros en ágil Salud gestionados. Se adjunta base de seguimiento en Excel de ágil salud tramitados.
10	Se apoyaron las actividades solicitadas oportunamente relacionadas con objeto contractual. (Atender contratistas que tienen inconvenientes con el perfeccionamiento de su contrato en secopll orientándoles la aceptación y envío a la entidad estatal, es decir, el paso a paso por llamada telefónica hasta perfeccionar su registro en Secopll). Se adjuntan soportes de correos tramitados y/o gestionados.
11	En este periodo se realizaron validaciones de convenios de acuerdo al decreto REPORTE DECRETO 332 DE 2020 - MODIFICADO POR DECRETO 634 de 2023 - CONTRATACIÓN MUJERES - Convenio 8521605 2025 CASA MAS BIENESTAR,CONVENIO 8523636-2025 APH y Certificación de número de personas contratadas, en el marco del contrato 8500661 del 2025 Artículo 2° Decreto 634 de 2023, de todos los convenios se realizó la validación semestral y se apoyó con el modelo de oficio de cargue en ágil salud para tramite con secretaría de Salud.
	Se apoyaron las actividades solicitadas oportunamente relacionadas con objeto contractual.(Atender contratistas que tienen inconvenientes con el perfeccionamiento de su contrato en secopll orientándoles la aceptación y envío a la entidad estatal, es decir, el paso a paso por llamada telefónica hasta perfeccionar su registro en secopll.) Se apoya en atención de la secretaria de Oficina de OPS según se requiera con información y/o tramites de certificaciones, validaciones de certificaciones e información de tramites en general. Se generaron los oficios y trámites necesarios para radicar respuesta de ágil salud allegados a la dirección. (4 PQR -80 tramitados y 14 en trámite en plataforma de Ágil salud gestionados). Se adjunta base de seguimiento en Excel de ágil salud tramitados de la entidad y soporte de correos gestionados.

12	Se apoya con inicio de cargue en plataforma SIHO para el primer trimestre de 2026 250 cargues nuevos. Se realizo cargue de masiva de adiciones y prorrogas de asistencial y administrativo según reparto asignado. (350 modificaciones cargadas en secopll).

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° 77225490	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/01	$ 279.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/01	$ 358.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/01	$ 54.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.400

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	*ELVER ESTUPIÑAN GARCIA* *PS_1000_2026_21625F* **ELVER ESTUPIÑAN GARCIA** **CC: 79536021**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1000_2026_21625F* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79536021	ELVER ESTUPIÑAN GARCIA	DIAGONAL 45 B No. 19-19	3112560951	elverest.garcia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84822364	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,237,576	$720.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	279.700	0		0		0	27	5.600	0	285.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	358.100	0	0	0	0	27	7.100	0	365.200	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	54.600				54.600	27	1.100	55.700			546	55.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.500	27	300	13.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	27	0	0	0
ICBF				
0	27	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	279.700	285.300
Pensión	1	358.100	365.200
Riesgos Laborales	1	54.600	55.700
CCF	1	13.500	13.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	705.900	720.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79536021	ELVER ESTUPIÑAN GARCIA	DIAGONAL 45 B No. 19-19	3112560951	elverest.garcia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84822364	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,237,576	$720.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79536021	ESTUPIÑAN GARCIA ELVER	59	0			N																	25-14	2.237.576	30	358.100	0	0	0	0	EPS005	2.237.576	30	279.700	14-23	2.237.576	30	3	54.600	CCF24	2.237.576	30	13.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información