

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO			CC:	1069261482
CORREO ELECTRÓNICO:	Sanchezq0216@gmail.com			TELÉFONO:	3209430523
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8 # 189 a - 24			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488452562736
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3118 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.291.130	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO PS_3118_2026_728339 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO CC: 1069261482 CEL: 3209430523					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO

CON C.C N° 1.069.261.482

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3118 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.164.520	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.746.780	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.291.130
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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	Validar matriz de adiciones y prorrogas de contratacion de personal asistencial y administrativa (ops) de las diferentes unidades de la subred centro oriente ese.
2	Articular las acciones de la Direccion de Servicios Ambulatorios
3	Realizar seguimiento al estricto cumplimiento de la documentacion del personal a vincularse con la entidad siguiendo los parametros de la lista de chequeo
4	Apoyar en la planeacion para promover la correcta ejecucion de los contratos de prestacion de servicios de las direcciones misionales asignadas
5	Atender las necesidades administrativas que se presenten por cualquier eventualidad de las diferentes unidades y dar aviso a la direccion y/o subgerencia de la subred que corresponda
6	Apoyar en la validacion de formatos de adición y prorroga de contratacion de personal asistencial y administrativa (ops) de las diferentes unidades de la subred centro oriente ese y gestionar su radicación a la dirección de contratación
7	Coadyudar en la coordinación de las actividades administrativas de los servicios y/o procesos de la direccion de servicios ambulatorios
8	Apoyar a los supervisores para el cumplimiento y ejecucion de actividades y recursos de las ordenes de prestacion de servicios asignadas
9	Realizar el apoyo en la supervision y seguimiento de contratos cuando estas sean asignadas.
10	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades.
11	Revisar las cuentas de cobro del pago mensual del personal asistencial (ops) a los supervisores de las diferentes unidades de la subred centro oriente e.s.e.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91322945	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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	 EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO PS_3118_2026_728339 EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO CC: 1069261482		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA PS_3118_2026_728339 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069261482	EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO	CARRERA 8 # 189 A - 24	3209430523	sanchezq0216@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91322945	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$576.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	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	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1	

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	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069261482	EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO		CARRERA 8 # 189 A - 24	3209430523	sanchezq0216@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91322945	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	
1	CC 1069261482	SANCHEZ QUINTERO EDISON HUMBERTO	59	0			N																														

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 3118 2026 CRP -10482.pdf	1 PS 3118 2026 CRP -10482.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3118 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3118 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3118 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3118 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3118 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3118 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3118 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3118 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
			Borrar	Cargar nuevo	

