

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                                  |         |            |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|------------|---------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                                  |         |            |               |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                                  |         |            |               |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                          | JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ        |                                                  |         | CC:        | 91533362      |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                           | JORGEALEXIS_BETE@HOTMAIL.COM         |                                                  |         | TELÉFONO:  | 3165304002    |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                          | TRANSVERSAL 70D BIS A N° 68 - 75 SUR |                                                  |         | CIUDAD:    | BOGOTA        |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                      | BANCO DAVIVIENDA S.A.                | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA: | 473970030762  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                                  |         |            |               |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                              | PS 3678 2026                         | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         |            | \$ 16.615.380 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026/04/07                           | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         |            | 2026/07/31    |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                      | DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30         |                                                  |         |            |               |
| <div><div>JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ<br/>PS_3678_2026_4E3964</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ<br/>CC: 91533362<br/>CEL: 3165304002</div> |                                      |                                                  |         |            |               |

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

JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ

CON C.C N°

91.533.362

|                      |                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO A ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3678 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/04/07 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |               |                      |     |
|----------------------------|---------------|----------------------|-----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 30.461.530 | No. HORAS EJECUTADAS | 186 |
|----------------------------|---------------|----------------------|-----|

|                                              |               |                                           |               |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|---------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 66.461.520 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 16.615.380 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|---------------|

|                                         |                  |
|-----------------------------------------|------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CUATRO (4) 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 1.1. Actividades desarrolladas: se realizó consulta asistido con médicos generales con el fin de acoplar competencias en consultas resolutivas, 1.2. Productos (evidencias): registros en formato de registro de actividades de consulta tutorada                                                                                                                                                                  |
| 2  | 22.1 Actividades desarrolladas: Se ejecutaron oportunamente las actividades para dar cumplimiento a las obligaciones de este contrato<br>22.2 Productos (evidencias): activador continua presencial en la unidades SER                                                                                                                                                                                             |
| 3  | 3.1. Actividades desarrolladas: Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. 3.2. Productos (evidencias): manejo de bases de datos de drive de plataforma institucional                                                                                                                                                                                          |
| 4  | 4.1. Actividades desarrolladas: Se realizó apoyo a implementación de modelo mas bienestar y capacitación de pacientes crónicos. 4.2. Productos (evidencias): Actas de reuniones con gestión integral de riesgo                                                                                                                                                                                                     |
| 5  | 5.1. Actividades desarrolladas: En este periodo no hubo evento de notificación obligatoria por notificar, sin embargo, se realizó socialización con médicos subprotocolo de notificación de cáncer infantil. 5.2 Productos (evidencias): Actas de reunión, presentación evento 113                                                                                                                                 |
| 6  | 6.1Actividades desarrolladas: Se realizó capacitación en diagnostico diferencial y manejo integral de patologías con médico de ser Samper Mendoza (Perseverancia y Candelaria), Jorge Eliecer Gaitán (Cruces y Laches). 6.2 Productos (evidencias): Acta de reunión                                                                                                                                                |
| 7  | 7.1 Actividades desarrolladas: - se realizaron actividades de socialización por SER con profesionales, sobre tamizaje en salud mental, Samper Mendoza (Perseverancia y Candelaria), Jorge Eliecer Gaitán (Cruces y Laches). 7.2Productos (evidencias): actas de reunión                                                                                                                                            |
| 8  | 8.1 Actividades desarrolladas: se realizaron grupos de análisis con personal a, asistencial, administrativo de SER, Samper Mendoza (Perseverancia y Candelaria), Jorge Eliecer Gaitán (Cruces y Laches) para estrategia orientadora (todos somos orientadores) para la realización efectiva de ordenamientos, procedimientos generados en consulta para los pacientes 8.2 Productos (evidencias): Actas de reunión |
| 9  | 9.1 Actividades desarrolladas: se diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 9.2 Productos (evidencias): diligenciamiento de formatos de actas, listado de asistencia de las diferente actividades realizadas                                                                                                          |
| 10 | 10.1 Actividades desarrolladas: en este periodo no hubo consentimientos informados que diligenciar. 10.2 Productos (evidencias): NO aplica                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11 | 11.1Actividades desarrolladas: se realizó capacitación a médicos generales en procesos de certificados de defunción, capacitación a médicos generales HTA guía AHA 2025, Capacitación a médicos generales en nuevo modelo de HC de asma y mentoría y acompañamiento a médicos generales en consulta 11.2Productos (evidencias): Acta de reunión.                                                                   |
| 12 | 12.1 Actividades desarrolladas: se realizó actividades de información al paciente y su familiar durante la consulta turada con medicina general y la consulta de medicina familiar 12.2 Productos (evidencias): registro de historia clínica en dinámica formato de registro de actividades                                                                                                                        |
| 13 | 13.1 Actividades desarrolladlas: se emitieron conceptos médicos en durante la consulta turada con medicina general y la consulta de medicina familiar 13.2 Productos (evidencias): registro de historia clínica en dinámica formato de registro de actividades                                                                                                                                                     |
| 14 | 14.1 Actividades desarrolladas: se apoyó el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente 14.2 productos (evidencias): actas de reuniones modelo más bienestar                                                                                                                                                                      |
| 15 | 15. 1actividades desarrolladas: se dio a conocer y dio cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la entidad, además de apoyar la implementación de estos. 15.2 productos (evidencias): acta de reunión de capacitación auditorias de socialización de registro de signos vitales, plan y cronograma de capacitaciones, presentación unidades modelo más bienestar    |
| 16 | 16. 1 actividades desarrolladas: se apoya a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales, relacionadas con el cumplimiento de sus obligaciones contractua                                                                                                                                                                                            |
| 17 | 17.1 Actividades desarrolladas: se participó en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área como plantillas de educación en salud 17.1 Productos (evidencias): plantillas de educación en salud                                                                                                                                                    |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 | 18. Actividades desarrolladas: Se notificaron por los canales correspondientes, novedades que afectaron a favor y en contra del cumplimiento de las obligaciones contractuales 18. Productos (evidencias): NO APLICA                                                                                                                                 |
| 19 | 19.1 Actividades desarrolladas: Se asiste a mesas de participación social intersectoriales, mesas de capacitación en modelo más bienestar. 19.2 Productos (evidencias): listado de asistencias                                                                                                                                                       |
| 20 | 20,1Actividades desarrolladas: se realizó asistencia a unidades ser Samper Mendoza (Perseverancia y Candelaria), Jorge Eliecer Gaitán (Cruces y Laches) acompañamiento continuó con médico general y enfermería, para asistencia en criterios clínicos manejo y tratamiento de pacientes 20.2 Productos (evidencias): Acta de reunión líder de sedes |
| 21 | 21,1Actividades desarrolladas: se realizó asistencia a unidades ser Samper Mendoza (Perseverancia y Candelaria), Jorge Eliecer Gaitán (Cruces y Laches) acompañamiento continuó con médico general y enfermería, para asistencia en criterios clínicos manejo y tratamiento de pacientes 21.2 Productos (evidencias): Acta de reunión líder de sedes |
| 22 | 22.1 Actividades desarrolladas: Se ejecutaron oportunamente las actividades para dar cumplimiento a las obligaciones de este contrato 22.2 Productos (evidencias): activador continua presencial en la unidades SER                                                                                                                                  |

**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° 6019720276 -6026430542 | OPERADOR:     | SOI          |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD                   | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | NUEVA EPS                 | 2026/07/02    | \$ 840.700   |
| PENSIÓN:                                      | PORVENIR                  | 2026/07/02    | \$ 1.076.000 |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA                      | 2026/07/02    | \$ 164.000   |
| OTRO                                          |                           |               |              |
| TOTAL PAGADO                                  |                           |               | \$ 2.080.700 |

**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 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

|                                       |                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> | <div><br/>JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ<br/>PS_3678_2026_4E3964<br/>JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ<br/>CC: 91533362</div> |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS\_3678\_2026\_4E3964

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA  
SUPERVISOR DEL CONTRATO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |  |  |  |                         |  |  |  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  |  |  |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA    |  |  |  |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:                         |  |  |  |  | 91533362                      |  |  |  |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |  |  |  | BOGOTA DISTRITO CAPITAL |  |  |  |  | DEPARTAMENTO:                                     |  |  |  |  | JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ |  |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  |  |  |  | CRA 8 189A-24           |  |  |  |  | TELÉFONO:                                         |  |  |  |  | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL     |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  |  |  |  | 02-INDEPENDIENTE        |  |  |  |  | CLASE APORTANTE:                                  |  |  |  |  | 5555555                       |  |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  |  |  |  | PRIVADA                 |  |  |  |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:                              |  |  |  |  | I-INDEPENDIENTE               |  |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  |  |  |  | ÚNICO                   |  |  |  |  | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |  |  |  |                         |  |  |  |  | NO                                                |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |  |  |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |           |              |  |  |
|-------------------------|-----------------|--|--|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|-----------|--------------|--|--|
| ADMINISTRADORA          |                 |  |  | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |           |              |  |  |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |  |  |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA      | VALOR PAGADO |  |  |
| 230301                  | 230301-PORVENIR |  |  | 1              | \$ 962.500 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 11.300  | \$ 0 | \$ 962.500 | \$ 11.300 | \$ 973.800   |  |  |
| SUBTOTALES:             |                 |  |  |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 962.500 | \$ 11.300 | \$ 973.800   |  |  |

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |          |           |              |  |
|-----------------------|------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|----------|-----------|--------------|--|
| ADMINISTRADORA        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |          |           |              |  |
| CÓDIGO                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA     | DESCUENTO | VALOR PAGADO |  |
| EPS037                | EPS037-NUEVA EPS | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 752.000  | \$ 0        | \$ 8.900   | \$ 0        | \$ 752.000 | \$ 8.900 | \$ 0      | \$ 760.900   |  |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       | \$ 752.000  |             |            |             | \$ 752.000 | \$ 8.900 | \$ 0      | \$ 760.900   |  |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                  |                |                     |       |                      |               |       |             |            |          |           |              |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|------------|----------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES    |          |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES    | MORA     | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 146.600  | \$ 146.600 | \$ 1.800 | \$ 0      | \$ 148.400   |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 146.600 | \$ 1.800 | \$ 0      | \$ 148.400   |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                 |  |  |                |           |        |              |
|-----------------------------------------------|-----------------|--|--|----------------|-----------|--------|--------------|
| ADMINISTRADORA                                |                 |  |  | No. COTIZANTES | TOTALES   |        |              |
| CÓDIGO                                        | NOMBRE          |  |  |                | APORTES   | MORA   | VALOR PAGADO |
| CCF24                                         | CCF24-COMPENSAR |  |  | 1              | \$ 36.100 | \$ 500 | \$ 36.600    |
| SUBTOTALES:                                   |                 |  |  |                | \$ 36.100 | \$ 500 | \$ 36.600    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                               |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                 |          |           |              |      |       |                     |      |                           |              |        |            |                  |            |           |            |             |              |                  |      |           |             |         |          |           |                   |              |          |      |
|-------------------------------|----------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|-----------|--------------|------|-------|---------------------|------|---------------------------|--------------|--------|------------|------------------|------------|-----------|------------|-------------|--------------|------------------|------|-----------|-------------|---------|----------|-----------|-------------------|--------------|----------|------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                               |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |                 |          |           | PARAFISCALES |      |       |                     |      |                           |              |        |            |                  |            |           |            |             |              |                  |      |           |             |         |          |           |                   |              |          |      |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                       | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM              | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN         |          |           |              |      | SALUD |                     |      |                           |              | ARP    |            |                  |            | DÍAS COT  | IBC        | CCF         |              | SENA             | ICBF | ESAP      | MINEDU      |         |          |           |                   |              |          |      |
|                               |                |                               |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN           | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN   | FSP  |       | APORTES VOLUNTARIOS |      | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN  | DÍAS COT   | IBC              | COTIZACIÓN |           |            | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |                  |      |           |             | ADMIN   | DÍAS COT | IBC       | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC  |
| 1                             | CC 91533362    | BENAVIDES TELLEZ JORGE ALEXIS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 6.015.550   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 230301-PORVENIR | 30       | 6.015.550 | \$ 962.500   | \$ 0 | \$ 0  | \$ 0                | \$ 0 |                           |              | Normal | \$ 962.500 | EPS037-NUEVA EPS | 30         | 6.015.550 | \$ 752.000 | \$ 0        | \$ 752.000   | 14-11 - ARL SURA | 30   | 6.015.550 | \$ 91533362 | 146.600 | 30       | 6.015.550 | CCF24-COMPENSAR   | \$ 36.100    | \$ 0     | \$ 0 |

TOTAL PAGADO:

\$ 1.919.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |  |  |  |                         |  |  |  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  |  |  |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA    |  |  |  |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:      |  |  |  |  | 91533362                                          |  |  |  |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |  |  |  | BOGOTA DISTRITO CAPITAL |  |  |  |  | JORGE ALEXIS BENAVIDES TELLEZ  |  |  |  |  | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                         |  |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  |  |  |  | CRA 8 189A-24           |  |  |  |  | DEPARTAMENTO:                  |  |  |  |  | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                         |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  |  |  |  | 02-INDEPENDIENTE        |  |  |  |  | TELÉFONO:                      |  |  |  |  | 5555555                                           |  |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  |  |  |  | PRIVADA                 |  |  |  |  | CLASE APORTANTE:               |  |  |  |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  |  |  |  | ÚNICO                   |  |  |  |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:           |  |  |  |  | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |                                |  |  |  |  | NO                                                |  |  |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |          |              |  |  |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|----------|--------------|--|--|
| ADMINISTRADORA          |                 | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |          |              |  |  |
| CÓDIGO                  | NOMBRE          |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA     | VALOR PAGADO |  |  |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 100.900 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 1.300   | \$ 0 | \$ 100.900 | \$ 1.300 | \$ 102.200   |  |  |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 100.900 | \$ 1.300 | \$ 102.200   |  |  |

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

| Id de pago                                                                    | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |        |
| Crear                                                                         |                   |                  |                    |                           |        |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                          | Nombre del archivo                          | Cargado por |                                      |              |  |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|--------------------------------------|--------------|--|
| <input type="checkbox"/> PS 3678 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 3678 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor   | Descargar                            | Detalle      |  |
| <input type="checkbox"/> PS 3678 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf  | PS 3678 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf  | Proveedor   | Descargar                            | Detalle      |  |
|                                                                      |                                             |             | Borrar                               | Cargar nuevo |  |
| Cancelar                                                             |                                             |             | < Evaluación de la Entidad Estatal > |              |  |