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 3254070		BUSTOS FLORIDO LUIS EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 85A #44-09 APTO 232	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3136067343	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	1000000948	9507138589	I	2026/07/17	2026/07/14	BANCO DE BOGOTA	0	$261,600

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)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$261,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$261,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$261,600
1	CC	3254070 BUSTOS LUIS																			0	$0	$0	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$261,600
Total		**Afiliados(1)**																				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$261,600

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$261,600**	**$0**	**$0**	**$261,600**

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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO**			**CC:**	**3254070**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUISEDO.BUSTOSFLORIDO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3136067343**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 85A 44 09 SUR AP 232**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO POPULAR**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**500803474679**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1010 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO
PS_1010_2026_C159A0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO
CC: 3254070
CEL: 3136067343

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			
LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO			
	CON C.C N°	**3.254.070**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION 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 1010 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	NO APLICÓ PARA ESTE PERIODO.
2	. SE REQUIRIO VIA CORREO ELECTRÓNICO (LIQUIDACIONESCONTRATACION@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO) A LOS SUPERVISORES LA PRESENTACION DE LOS INFORMES DE EJECUCION DE LOS CONTRATOS TERMINADOS, (LIQUIDACIONESCONTRATACION@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO)
3	. REVISE LOS INFORMES CONTRACTUALES DE LOS SIGUIENTES CONTRATOS: 02-BS-0193-2021,02-BS-070-2023,02-BS-071-2023,02-BS-045-2023,02-BS-0178-2022,
4	. EMITÍ LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS: CERTIFICACION CTTO. 02 BS 0006 2025, CERTIFICACION CTTO. 02 BS 0045 2024 , CERTIFICACION CTTO. 02 BS 0047 2024, CERTIFICACION CTTO. 02 BS 0064 2024, CERTIFICACION CTTO. 02 BS 0073 2024, CERTIFICACION CTTO. 02 BS 0164 2022,CERTIFICACION CTTO. 02 BS 045-2023, CERTIFICACION CTTO. 02 BS 0129-2020, CERTIFICACION CTTO. 02 BS 0007 2025. Y DI RESPUESTA A LOS SIGUIENTES AGILSALUD: SISSCO-2026-CS-012221,SISSCO-2026-CS-012223,SISSCO-2026-CI-001332
5	. EMITI LAS SIGUIENTES CITACIONES:CITACION A FIRMA- CITACION A FIRMA 02 BS 0045 2024, CITACION A FIRMA 02 BS 0059 2024, CITACION A FIRMA 02 BS 0120 2023, CITACION A FIRMA 02 BS 0135 2023, CITACION A FIRMA 02-BS-054-2023, NOTIFICACIÓN DE LIQUIDACION UNILATERAL CONTRATO 02 BS 0014 2025_0001, NOTIFICACIÓN DE LIQUIDACION UNILATERAL CONTRATO 02 BS 0048 2024_0001,NOTIFICACIÓN DE LIQUIDACION UNILATERAL CONTRATO 02 BS 0068 2025_0001, NOTIFICACIÓN DE LIQUIDACION UNILATERAL CONTRATO 02 BS 0105 2023_0001
6	. PROEYECTÉ LOS SIGUIENTAS ACTA DE :BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN B. 02 BS 0135 2023, BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN B. CTTO. 02 BS 0048 2024----, BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN B. CTTO. 02 BS 0059 2024, BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN B. CTTO. 02 BS 0120 2023, BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN B. CTTO. 02-BS-042-2023, BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN B. CTTO. 02-BS-045-2023 , BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN B. CTTO. 02-BS-070-2023 , BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN B. CTTO. 02-BS-0193-2021 , BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN CTTO. 02 BS 0004 2024,BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN CTTO. 02 BS 0004 2024--- BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN CTTO. 02 BS 0135 2023, BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN CTTO. 02-BS-054-2023, BORRADOR ACTA DE LIQUIDACIÓN CTTO. 02-BS-0193-2021.
7	:Asistí a las mesas de trabajo convocadas por la Dirección de Contratación. Presenté el acta de liquidación del contrato UT CardioBogotá, para llevar a la reunión de trabajo con el representante legal de dicho contrato, realizada el 25 de junio de 2026.
8	REALICE LA PUBLICACIÓN DE LA TERMINACION DE LOS SIGUIENTES CONTRATOS , EN EL SECOPII.. 02 BS 0135 2023, 02 BS 0048 2024, 02-BS-042-2023, 02 BS 0068 2025.
9	NO APLICÓ EN ESTE PERIODO....
10	Estuve presto a atender otras actividades asignadas por el supervisor del contrato relacionado con el objeto contractual.

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° 9505539217	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/10	$ 218.861
PENSIÓN:	PENSION	2026/06/10	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 261.512

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	*LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO* *PS_1010_2026_C159A0* **LUIS EDUARDO BUSTOS FLORIDO** **CC: 3254070**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1010_2026_C159A0* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**