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:	**ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA**			**CC:**	**79825510**
CORREO ELECTRÓNICO:	**alirio2978@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3057479297**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 18H 77A 46 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**462870017797**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1633 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.793.100**
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**				

ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA
PS_1633_2026_54B7E0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA
CC: 79825510
CEL: 3057479297

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			
ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA			
	CON C.C N°	**79.825.510**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1633 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.172.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.479.290	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.793.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO		

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	21.Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.

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° 9504849101	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/03	$ 223.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/03	$ 286.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/03	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 510.200

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	*ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA* *PS_1633_2026_54B7E0* **ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA** **CC: 79825510**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1633_2026_54B7E0* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO* *PS_1633_2026_54B7E0* **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79825510		ARIAS OJEDA ALIRIO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAV 18 H # 80 - 46 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652440	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	444859644	9504849101	I	2026/06/03	2026/07/03	BANCO DAVIVIENDA	30	$546,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
1	CC	79825510 ARIAS ALIRIO	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100		0	$0	$0	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

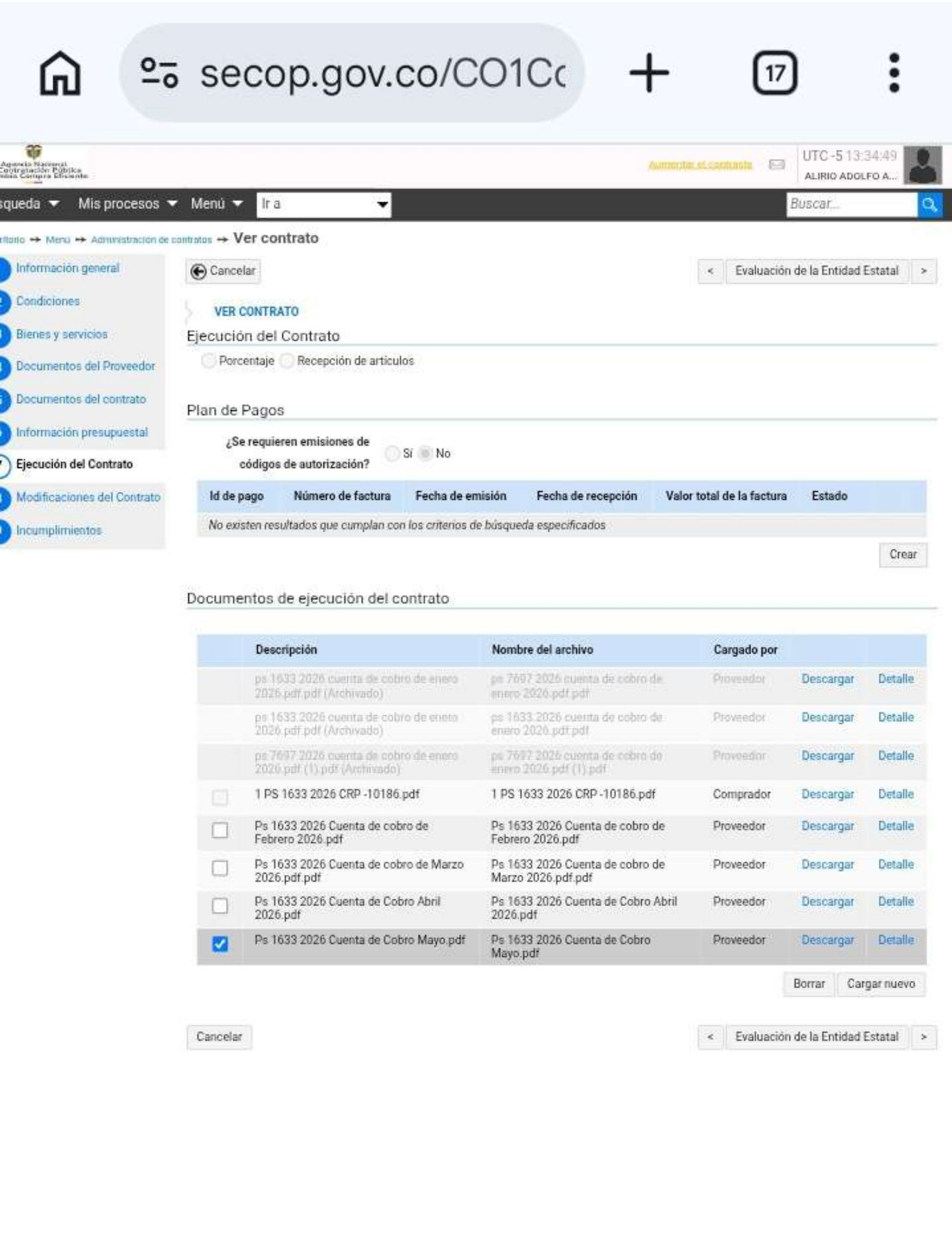
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79825510		ARIAS OJEDA ALIRIO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAV 18 H # 80 - 46 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652440	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	444859644	9504849101	I	2026/06/03	2026/07/03	BANCO DAVIVIENDA	30	$546,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$6,200	$0	$286,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$6,200	$0	$286,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$800	$0	$35,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$800	$0	$35,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$4,900	$0	$223,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$4,900	$0	$223,800
TOTAL				1	$534,200	$11,900	$0	$546,100


secop.gov.co/CO1Cc
17
UTC -5 13:34:49
ALIRIO ADOLFO A...
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Menú → Administracion de contratos → Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
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
ps 1633 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf.pdf (Archivado)
ps 7697 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
ps 1633 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf.pdf (Archivado)
ps 1633 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
ps 7697 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf (1).pdf (Archivado)
ps 7697 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf (1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
1 PS 1633 2026 CRP -10186.pdf
1 PS 1633 2026 CRP -10186.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
Ps 1633 2026 Cuenta de cobro de Febrero 2026.pdf
Ps 1633 2026 Cuenta de cobro de Febrero 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Ps 1633 2026 Cuenta de cobro de Marzo 2026.pdf.pdf
Ps 1633 2026 Cuenta de cobro de Marzo 2026.pdf.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Ps 1633 2026 Cuenta de Cobro Abril 2026.pdf
Ps 1633 2026 Cuenta de Cobro Abril 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Ps 1633 2026 Cuenta de Cobro Mayo.pdf
Ps 1633 2026 Cuenta de Cobro Mayo.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal