

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS			CC:	1045718281
CORREO ELECTRÓNICO:	PSICOLOGOVICTORANDRES DIAZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3014029715
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 56 17 15			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	151703568
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3671 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.050.840	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS PS_3671_2026_4CF834 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS CC: 1045718281 CEL: 3014029715					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS

CON C.C N°1.045.718.281

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3671 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$5.050.840	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$20.203.360	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$5.050.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	REALICE INDUCCIÓN DE COHORTES Y GESTIÓN MÓDULO DE RUTEO AL TALENTO HUMANO NUEVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO.
2	PARCIPE EN ARTICULACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO Y EQUIPOS MAS BIENESTAR TU HOGAR.
3	REALICE VERIFICACIÓN DE CARGUE DE BASE DE CRÓNICOS A LOS GESTORES EN LÍNEA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO.
4	REALICE INDUCCION A PERSONAL NUEVO LINEAMIENTOS DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES.
5	PARCIPE EN EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO Y EQUIPOS MAS BIENESTAR TU HOGAR.
6	SE REPORTO CASOS ASIGNADOS AL MODULO DE RUTEO DE AUXILIARES DE ENFEMERÍA A LAS LIDERES DE LOCALIDAD DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.
7	PARTICIPE EN EL SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA DE EQUIPOS MAS BIENESTAR Y EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO.
8	PARTICIPE EN EL CÓMITE EXTRAORDINARIO MES DE JULIO 2026 DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO.
9	SE REALIZÓ SEGUIMIENTO DE RUTEO (COHORTE CRÓNICOS)-GESTORES EN LÍNEA EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO.
10	REALICÉ FORTALECIMIENTO GESTION DE RUTEO
11	SE PRESENTO AUDITORIAS A SECRETARIA DE SALUD
12	REALICÉ INFORMES DE GESTIÓN DE COHORTES
13	PARTICIPE EN ASISTENCIA TECNICA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO
14	REALICÉ SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO
15	PARTICIPE Y BRINDE INFORMACIÓN DE LA GESTIÓN COHORTE EN EL COMITE GENERAL DEL MES DE JULIO 2026

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9507179087	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SURA	2026/07/10	\$ 252.600	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/10	\$ 323.300	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	\$ 49.300	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 625.200	

- 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	 VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS PS_3671_2026_4CF834 VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS CC: 1045718281
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_3671_2026_4CF834 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1045718281		DIAZ BUELVAS VICTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 56 1d-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3315921	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	469761135	9507179087	I	2026/07/21	2026/07/10	BANCO DE BOGOTA	0	\$665,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,020,336	\$323,300			\$2,020,336	\$252,600			\$2,020,336	\$40,500			\$2,020,336	\$49,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,020,336	\$323,300			\$2,020,336	\$252,600			\$2,020,336	\$40,500			\$2,020,336	\$49,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,020,336	\$323,300			\$2,020,336	\$252,600			\$2,020,336	\$40,500			\$2,020,336	\$49,300		\$0	\$0	
1	CC	1045718281	DIAZ VICTOR	231001	30	\$2,020,336	\$323,300	EPS010	30	\$2,020,336	\$252,600	CCF24	30	\$2,020,336	\$40,500	14-11	30	\$2,020,336	\$49,300	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,020,336	\$323,300			\$2,020,336	\$252,600			\$2,020,336	\$40,500			\$2,020,336	\$49,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045718281		DIAZ BUELVAS VICTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 56 1d-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3315921	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-06	2026-06	469761135	9507179087	I	2026/07/21	2026/07/10	BANCO DE BOGOTA	0	\$665,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$323,300	\$0	\$0	\$323,300	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$323,300	\$0	\$0	\$323,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,300	\$0	\$0	\$49,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$49,300	\$0	\$0	\$49,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,500	\$0	\$0	\$40,500	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$40,500	\$0	\$0	\$40,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$252,600	\$0	\$0	\$252,600	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$252,600	\$0	\$0	\$252,600	
TOTAL				1	\$665,700	\$0	\$0	\$665,700	

- 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

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 3671 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle