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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**IVAN DARIO SANTOS SANABRIA**			**CC:**	**1013621238**
CORREO ELECTRÓNICO:	**IVANSANTOS0418@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3105833882**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 SUR 11 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488433006761**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3055 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

IVAN DARIO SANTOS SANABRIA
PS_3055_2026_5B1113

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
IVAN DARIO SANTOS SANABRIA
CC: 1013621238
CEL: 3105833882

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			
IVAN DARIO SANTOS SANABRIA			
	CON C.C N°	**1.013.621.238**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3055 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.238.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	1.Se ejecutan labores orientadas a la conservación de los documentos bajo custodia, con el propósito de asegurar su adecuada preservación, lo anterior en las bodegas de las Cruces y Estupefacientes. Se realiza la verificación periódica del funcionamiento de los deshumidificadores, incluyendo el vaciado oportuno de los depósitos de agua, garantizando así su correcto funcionamiento y contribuyendo a las condiciones adecuadas para la conservación documental, lo anterior solamente en la Bodega de las Cruces. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
2	2.Se realizó el diligenciamiento y seguimiento del formato de control de préstamos documentales. Asimismo, se efectuaron visitas periódicas a los depósitos de archivo de Las Cruces y Estupefacientes con el fin de verificar las condiciones de seguridad, custodia y conservación de la documentación. Como resultado de estas verificaciones, se adelantaron las acciones preventivas y correctivas que fueron necesarias para mantener las condiciones adecuadas que garanticen la integridad y preservación de los documentos bajo custodia. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
3	3.Se envía la información relacionada con los indicadores de préstamo Documentales, capacitaciones, transferencias y seguimientos a la organización de los archivos de gestión realizadas para el mes y para el segundo trimestre del año en curso. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
4	4.Se cumplieron a cabalidad cada una de las actividades programadas para el periodo en relación con la Gestión Documental de la Entidad capacitaciones, préstamos documentales y apoyos en procesos de gestión documental de la entidad, requeridos por la referente del área, administración del sistema de información Agilsalud Documental, capacitaciones, entre otras. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
5	5.Este mes no se realizo esta actividad, lo anterior teniendo en cuenta que no se generó la necesidad por parte de las diferentes áreas de la entidad y de esta manera no se programaron actividades relacionadas por parte del área.
6	6.En todas las actividades que se apoyaron en el mes, se realizo la validación de entregar a satisfacción todas las actividades entre ellas apoyo en diferentes actividades de la administración del sistema Agilsalud Documental, Capacitaciones, consulta y préstamos de expedientes documentales y demás actividades programadas por la referente del Área de Gestión Documental. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
7	7.Se realizaron 2 capacitaciones en manejo del Sistema de información Agilsalud Documental en las oficinas de Contratación. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
8	8.Consultar en los inventarios documentales expedientes de Contratos OPS para préstamos documentales. Se realizó préstamo documental de (7) expedientes contratos al área Contratación. Anteriores Hospitales Rafael Uribe y Centro Oriente. Se da respuesta oportuna a 108 Radicados de AgilSalud, solicitando información. Ademas se realizan las actividades de consulta de los expedientes físicos en la bodega de Estupefacientes y Cruces. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link

9	9.Se consultan los Inventarios documentales con el fin de identificar los expedientes objeto de préstamo documental en las Unidades de Rafael Uribe y Centro Oriente. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
10	10.Esta actividad no se realizo en este mes debido a las programaciones del Área.
11	11.Se cumple de manera oportuna con todas las actividades y metas programadas para el mes.
12	12.Se diligencian de manera correcta y oportuna los formatos requeridos para realizar los pagos de honorarios.
13	13.Se realiza el cargue en el Secop II de la cuenta de cobro del mes con sus soportes respectivos. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link
14	14.Se acepta adicción y se envía a la entidad el contrato No PS 3055 2026.
15	15.Se mantiene absoluta reserva en la información que se encuentra a mi cargo.
16	16.Esta actividad se realiza al finalizar el contrato. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link

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° 9506781702	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/30	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/30	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/30	$ 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 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	*IVAN DARIO SANTOS SANABRIA* *PS_3055_2026_5B1113* **IVAN DARIO SANTOS SANABRIA** **CC: 1013621238**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_3055_2026_5B1113* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3055_2026_5B1113* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **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 1013621238		SANTOS SANABRIA IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 4 SUR NO 11 - 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	523310544	9506781702	I	2026/07/09	2026/07/30	BANCO DAVIVIENDA	21	$550,300

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			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1013621238	SANTOS IVAN	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$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 1013621238		SANTOS SANABRIA IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 4 SUR NO 11 - 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	523310544	9506781702	I	2026/07/09	2026/07/30	BANCO DAVIVIENDA	21	$550,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$4,400	$0	$284,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$4,400	$0	$284,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$700	$0	$43,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$700	$0	$43,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$3,400	$0	$222,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$3,400	$0	$222,300
TOTAL				1	$541,800	$8,500	$0	$550,300