**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:** | **ELVER ESTUPIÑAN GARCIA** | | | **CC:** | **79536021** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **ELVEREST.GARCIA@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3112560951** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **DG 45B 19 19 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO AV VILLAS** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **056782522** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1000 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 5.593.940** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/07/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31** | | | | |

*ELVER ESTUPIÑAN GARCIA*
*PS_1000_2026_EE99FA*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ELVER ESTUPIÑAN GARCIA**
**CC: 79536021**
**CEL: 3112560951**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | |
| **ELVER ESTUPIÑAN GARCIA** | | | | |
| | | **CON C.C N°** | **79.536.021** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 1000 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 22.375.760 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 33.563.640 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 5.593.940 | |
| **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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Para este periodo no se apoyo en la verificación de los documentos y datos necesarios para la elaboración de los contratos de prestación de servicios y de sus modificatorios. |
| 2 | En este periodo no se realizo el apoyo en digitar base de datos, combinar correspondencia, revisar otrosis, y todo lo que requiera el proceso contractual para el perfeccionamiento de todas las modificaciones que se requieran. |
| 3 | En este periodo no se realizó apoyo en creación de los expedientes contractuales y sus modificaciones en la plataforma de Colombia compra eficiente- secopl y ll, que le sean asignadas. |
| 4 | Se realizo el seguimiento a los contratos nuevos elaborados para la dirección hospitalaria - enfermería, Gestión de riesgo, complementarios y administrativa (227contratos nuevos).Se apoyo informando a los supervisores una vez perfeccionado su contrato en secopll (Firmado en Secopll por las partes). Se adjunta base excell con registros de contratos nuevos. |
| 5 | En este periodo no se realizó apoyo en la actualización permanente de bases de datos de la Subred que se requieran para el desarrollo de la actividad contractual. |
| 6 | Se recopilo información para dar respuesta a requerimientos allegados a la Dirección de Contratación para dar respuesta de datos de notificación, expedientes contractuales, Información para entes de control, concejo de Bogotá proposiciones, certificaciones de contratación OPS, elaboración de oficios para dar respuesta a plataforma Ágil salud y PQR y/o radicados externos, derechos de petición, tutela. se tramitaron 68 ágil salud, 3 PQRS Y 2 TUTELAS e adjunta base de seguimiento de ágil salud tramitados. |
| 7 | En este periodo no se apoyo en la consolidación de la información necesaria para realizar los tramites contractuales y realizar el registro digital en la matriz de contratación. |
| 8 | Se apoyaron todos los seguimientos a las solicitudes presentadas en base de talento humano con contratos firmados a supervisor y contratista para el inicio de ejecución. (227 contratos nuevos). Se adjunta base Excel con registros de contratos nuevos. |
| 9 | Se elaboraron las respuestas para tramitar los datos de notificación de correspondencia, citaciones judiciales, solicitudes de información para respuesta de requerimientos de plataforma ágil salud, diariamente se realiza el seguimiento (3 PQR 68 ágil salud tramitados 2 TUTELAS y 13 en trámite) registros en ágil Salud gestionados. Se adjunta base de seguimiento en Excel de ágil salud tramitados. |
| 10 | Se apoyaron las actividades solicitadas oportunamente relacionadas con objeto contractual. (Atender contratistas que tienen inconvenientes con el perfeccionamiento de su contrato en secopll orientándoles la aceptación y envío a la entidad estatal, es decir, el paso a paso por llamada telefónica hasta perfeccionar su registro en Secopll ). Se adjuntan soportes de correos tramitados y/o gestionados. |
| 11 | En este periodo se realizaron validaciones de convenios de acuerdo al decreto REPORTE DECRETO 332 DE 2020 - MODIFICADO POR DECRETO 634 de 2023 - Convenio 8521605 2025 CASA MAS BIENESTAR,CONVENIO 8523636-2025 APH y Certificación de número de personas contratadas, en el marco del contrato 8500661 del 2025 Artículo 2° Decreto 634 de 2023, de todos los convenios se realizó la validación semestral y se apoyó con el modelo de oficio de cargue en ágil salud para tramite con secretaría de Salud. |
| | Se apoyaron las actividades solicitadas oportunamente relacionadas con objeto contractual.(Atender contratistas que tienen inconvenientes con el perfeccionamiento de su contrato en secopll orientándoles la aceptación y envío a la entidad estatal, es decir, el paso a paso por llamada telefónica hasta perfeccionar su registro en secopll.)<br><br>Se apoya en atención de la secretaria de Oficina de OPS según se requiera con información y/o tramites de certificaciones, validaciones de certificaciones e información de tramites en general.<br>Se generaron los oficios y trámites necesarios para radicar respuesta de ágil salud allegados a la dirección. (3 PQR- 2 tutelas - 68 tramitados y 19 en trámite en plataforma de Ágil salud gestionados).<br><br>Se adjunta base de seguimiento en Excel de ágil salud tramitados de la entidad y soporte de correos gestionados. |

| | |
|---|---|
| 12 | Se realizo cargue de masiva de adiciones y prorrogas de asistencial y administrativo según reparto asignado. (505 modificaciones cargadas en secopll).<br><br>Se realizo el seguimiento al cargue de masiva de adiciones y prorrogas de asistencial y administrativo según reparto asignado. (505 seguimientos y publicación en secopll).<br><br>Se realizo apoyo de cargue en plataforma SIHO - Sistema de información Hospitalaria 282 registros. |

**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° 92822026 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/07/27 | $ 279.700 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/07/27 | $ 358.100 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/07/27 | $ 54.600 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 692.400 |

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** | *ELVER ESTUPIÑAN GARCIA*<br>*PS_1000_2026_EE99FA*<br>**ELVER ESTUPIÑAN GARCIA**<br>**CC: 79536021** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO*<br>*PS_1000_2026_EE99FA*<br>**CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79536021 | ELVER ESTUPIÑAN GARCIA | DIAGONAL 45 B No. 19-19 | 3112560951 | elverest.garcia@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 92822026 | 27/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $2,237,576 | $717.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 279.700 | 0 | | 0 | | 0 | 21 | 4.300 | 0 | 284.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 358.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 5.600 | 0 | 363.700 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 54.600 | | | | 54.600 | 21 | 900 | 55.500 | | | 546 | 55.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 13.500 | 21 | 300 | 13.800 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 21 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 21 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 279.700 | 284.000 |
| Pensión | 1 | 358.100 | 363.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 54.600 | 55.500 |
| CCF | 1 | 13.500 | 13.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 705.900 | 717.000 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79536021 | ELVER ESTUPIÑAN GARCIA | DIAGONAL 45 B No. 19-19 | 3112560951 | elverest.garcia@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 92822026 | 27/07/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-06 | 2026-06 | I | $2,237,576 | $717.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excenrado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Dias | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 79536021 | ESTUPIÑAN GARCIA ELVER | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.237.576 | 30 | 358.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.237.576 | 30 | 279.700 | 14-23 | 2.237.576 | 30 | 3 | 54.600 | CCF24 | 2.237.576 | 30 | 13.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información