aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICB
CC 80913752		PEREA FLOREZ JUAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av cll 31 sur # 9-86 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3629248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	565985889	9509479504	I	2026/09/16	2026/09/14	NEQUI		$541,

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	i	vlr	Codig	Dia	IBC	Aporte	Codig	Dia	IBC	Aporte	Codi	D	IBC	Aporte	Cod	D	IBC	Tar	Aporte		IBC	Aporte	Exonera SENA e I	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900							$1,750,905		$42,700						$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900							$1,750,905		$42,700						$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900							$1,750,905		$42,700						$541,800
1	CC	80913752	PEREA JUAN																	23100 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS01	30	$1,750,905	$218,900						14	$1,750,905	2.4	$42,700				No	$541,800
Total			**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900							$1,750,905		$42,700						$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
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
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

15/09/2026 04:52 PM

CAJERO: ADMINISTRADOR DE LA TIENDA

TURNO # 1834

24262

CANT.	DESCRIPCION	IMPORTE
1	PRODUCTO COMUN	$541.800,00

NO. DE ARTICULOS: 1

TOTAL: $541.800,00

PAGO CON: $541.800,00

SU CAMBIO: $0,00

GRACIAS POR SU COMPRA

Powered by CamScanner

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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN DAVID PEREA FLOREZ**			**CC:**	**80913752**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JUANDAVIDPEREAFLOREZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3193412483**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 6 A SUR 2 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**68371820268**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3732 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.851.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

JUAN DAVID PEREA FLOREZ
PS_3732_2026_BFF8DD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN DAVID PEREA FLOREZ
CC: 80913752
CEL: 3193412483

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			
JUAN DAVID PEREA FLOREZ			
	CON C.C N°	**80.913.752**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3732 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.227.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**176**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.615.609	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.851.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	Obligación 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del convenio Más bienestar equipos básicos extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1. Actividades desarrolladas: se realizó seguimiento al plan de cuidado familiar a familias afro,4 apechonterias y 8 técnicas de curación ancestral 1.2. Productos (evidencias):4 apenchonrterias y 8 tecnicas de curacion con sus respectiva acta y 27 formatos de plan de cuidado familiar, lista de asistencia, los cuales de dividen en 21 formatos de familias de seguimiento y 6 cierres.
2	Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, adicionalmente con la finalización del mes se debe entregar un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de sus actividades. 2.1Actividades desarrolladas: se realizó cronograma de las actividades a desarrollar en el mes de Julio. Entregar informe de las familias abordadas en cuanto a caracterización, cierre y seguimiento por la localidad de San cristobal 2.2Productos (evidencias):se presentó cronograma, se entrega las actividades de acuerdo a lao acorado por el cronograma evidenciando un informe de entrga para su desarrollo y relizando el seguimiento de las 27 familas y su respectivo seguimiento o cierre y si el caso.
3	Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1Actividades desarrolladas: se presentó formatos de seguimiento al plan de cuidado familiar. Actas de las actividades desarrolladas y facturas de la compra de insumos ancestrales. 3.2Productos (evidencias):21 formatos de seguimiento al plan de cuidado familiar y 6 cierres, actas y facturas.
4	Obligación 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1Actividades desarrolladas: se asistió a las preauditorias convocadas por el líder operativo. 4.2Productos (evidencias):se realizo revision de actas de revisión de productos.
5	Obligación 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred. 5.1Actividades desarrolladas: se realizó revisión continua de los lineamientos con el fin de dar respuesta a los productos con calidad y oportunidad 5.2Productos (evidencias): acta inicial realizada al comienzo del convenio y las actas realizadas por el líder operativo en seguimiento a los productos de acuerdo a los lineamientos.
6	Obligación 6: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos procesos transversales. 6.1Actividades desarrolladas: Asistencia fortalecimiento de equipos por referente étnica, asistencia técnica, comité territorial por secretaria de salud y subred centro oriente. 6.2Productos (evidencias): listado de asistencia, y demas que comprende la ley con los requerimirntos y porcesos transversales.
7	Obligación 7: Realizar la revisión, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 7.1Actividades desarrolladas: se revisó, alisto y entrego los productos al líder operativo para su revisión. 7.2Productos (evidencias):se entregaron los 27 formatos de seguimiento al plan de cuidado familiar, actas y listados de asistencias.

8	Obligación 8: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Proceso. 8.1Actividades desarrolladas: se realizó apechonterias con temas que contribuyeron al cuidado de la salud familiar en espacios comunitarios e institucionales. 8.2Productos (evidencias): se entregan 8 actas de tecnicas de curacion 4 apechonterias en fisico respectivamente y en forman digital segun lo estableciodo por lineamiento, listado de asistencia y la iniciativa ambiental con su registro fotográfico.
9	Obligación 9: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9.1Actividades desarrolladas: en las intervenciones realizadas no se presentó eventos de interés en salud pública para notificación a la enfermera para su respectivo reporte. 9.2Productos (evidencias): las intervenciones realizadas esvieron acargo de la enfermera, como tecnico ambiental realizo el respectivo acompañamiento.
10	Obligación 10: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred. 10.1Actividades desarrolladas: asistencia comité territorial. 10.2Productos (evidencias): listado de asistencia.
11	Obligación 11: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 11.1Actividades desarrolladas: no se realizó gestión de archivo documental en el mes de julio. 11.2Productos (evidencias): No se realizó gestión de archivo
12	Obligación 12: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 12.1Actividades desarrolladas: se participó en reunión de equipo comités, fortalecimientos. Elaboración de pieza comunicativa con enfoque diferencial, se divulgaron las piezas comunicativas con temas que contribuyen al cuidado de la salud elaboradas por el equipo de comunicación. Productos (evidencias): listados de asistencia y se entrga el acta de piezas comunicativas del mes Agosto.
13	Obligación 13: Realizar caracterización sociodemográfica a completitud, con calidad y veracidad realizando los tamizajes correspondientes según lineamiento en el desarrollo de la caracterización (APGAR, toma de medidas antropométricas según resolución 3280-2018, OMS, FINDRISC, Cuestionario de EPOC y planilla de firmas), teniendo en cuenta que TODOS los productos son sujetos de auditoría. 13.1Actividades desarrolladas: se realiza caracterización de riesgos ambientales, no se realiza diligenciamiento de procesos de enfermería desde el perfil ambiental. Productos (evidencias): Desde el perfil ambiental realizo una sugerencias a la comunidad y posterior la caracterizacion correspondiente, y obsevaciones en plan de cuidado familiar.
14	Obligación 14: Diligenciar la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPS de la SDS DIARIAMENTE a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas de la intervención, teniendo en cuenta que TODOS los productos son sujetos de auditoría. 14.1Actividades desarrolladas: se diligencio información de caracterización ambiental en el plan de cuidado bienestar dentro de los tiempos establecidos al aplicativo GTAPS. 14.2Productos (evidencias): Se diligencia seguimiento ambiental en los tiempos establecidos por GTAPS ya que son 24 horas segun lineamieto
15	Obligación 15: Presentar el Cronograma de actividades e insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales). 15.1Actividades desarrolladas: equipos étnicos afro no presenta bases, mapas o matrices. 15.2Productos (evidencias): no se presentan este tipo de insumos.
16	Obligación 16: Presentar mapa con registro del ejercicio de cartografía realizado por el gestor. · Matriz de información cuantitativa y cualitativa, con el registro realizado por parte del gestor. 16.1Actividades desarrolladas: no se presenta ya que perfil ambiental de equipos étnicos no realiza esta actividad. 16.2Productos (evidencias): ninguno
17	Obligación 17: Participar en el comité Territorial en el que participa todo el equipo revisión y análisis de información (Cartografía, matriz, informe y conclusiones de comité de cuidado). 17.1Actividades desarrolladas: se realizó asistencia a comité territorial 17.2Productos (evidencias): listado de asistencia.
18	Obligación 18: Realizar el registro de las actividades en instrumentos definidos para captura de información con calidad (Planilla de familias con consentimiento informado y atención inicial desde abordaje territorial, aplicativo en línea definido por secretaria distrital de salud). 18.1Actividades desarrolladas: se diligenciaron formatos de plan de cuidado bienestar según cada una de las visitas realizadas en el mes de abril. Se cargaron al aplicativo GTAPS los formatos físicos diligenciados. Productos (evidencias): entrega de 21 planillas a líder operativo y técnico administrativo para su revisión, Y 7 cierres losc cuales aparecen en los archivos planos, para un total de 27 familas.
19	Obligación 19: Gestionar y activar los riesgos en salud identificados con oportunidad a través del agendamiento, activaciones de ruta o formatos de notificación de eventos de interés en salud pública según corresponda. 19.1Actividades desarrolladas: no se notificaron eventos en salud publica ya que no se identificaron riesgos en salud. 19.2Productos (evidencias): Seidentifa un riesgo en salud por parte de la efermera y se activa la ruta segun a quien corresponda.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509479504	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/14	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/14	$ 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	*JUAN DAVID PEREA FLOREZ* *PS_3732_2026_BFF8DD* **JUAN DAVID PEREA FLOREZ** **CC: 80913752**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3732_2026_BFF8DD* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3732_2026_BFF8DD* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**