

PAGADO 14/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ESNEIDER LONGAS MATOMA				
Documento	CC1022435403			Dirección	CR 15B #4 C - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3164926431
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal				Identificación	
Total Afiliados	1			ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LMA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1022435403	ESNEIDER LONGAS MATOMA	03	00															0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS017) FAMILANAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 3.900	\$ 503.000

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ESNEIDER LONGAS MATOMA			CC:	1022435403
CORREO ELECTRÓNICO:	SNEIDER.316.LONGAS@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3164926431
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 15B 4C 40			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488415485520
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7814 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.685.500	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div><div>ESNEIDER LONGAS MATOMA PS_7814_2025_80B3D7</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ESNEIDER LONGAS MATOMA CC: 1022435403 CEL: 3164926431</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ESNEIDER LONGAS MATOMA

CON C.C N°1.022.435.403

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7814 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.161.506	No. HORAS EJECUTADAS	205
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.206.775	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.685.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	Registre entrega y recepción de la móvil según lo establecido por la subred dejando novedades en el aplicativo correspondiente (registros de pre operacional registrados en el netux)
2	Realice actividades indicadas por el médico cuando se atendieron los pacientes y registrados en el aplicativo (registros de atención pre hospitalario registrados en el netux), Realice desplazamientos y reportes al Crue en los despachos asignados y registrados en el aplicativo (fallidos y/o 5-20 registrados en el aplicativo netux)
3	Asistí a las capacitaciones asignadas por la subred, diligenciando pre, post y asistencia en cada enlace de capacitación asignada por la subred.
4	Verifique diariamente la ambulancia para garantizar la funcionalidad de los equipos biomédicos, balas de oxígeno, estado de camilla y no tener algún inconveniente durante el turno
5	Verifique la ambulancia en los primeros 10 días del mes, verificando insumos en específico su fecha de vencimiento y diligenciando las hojas de próximos a vencer, cumpliendo así con las funciones establecidas por la subred para el funcionamiento adecuado de la móvil.
6	Reporte ante el crue por frecuencia los 5-8, datos de tripulación en cada ocasión que lo requirió el crue, se reportaron los 5-10, 5-44 y 5-60 durante la entrega de cada paciente, se reportaron la recepción de paciente y recuperación de camilla cuando se recuperaba, con posterior permiso para limpieza de la camilla y disponibilidad de la movil para despacho
7	Realice actividades asignadas por el supervisor garantizando el cumplimiento del contrato

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° 1083605624	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/14	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/14	\$ 280.200

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/14	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.100
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	<div><div>ESNEIDER LONGAS MATOMA PS_7814_2025_80B3D7</div><hr/>ESNEIDER LONGAS MATOMA CC: 1022435403</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_7814_2025_80B3D7</div><hr/>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		