**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:** | **DIYER CASALLAS RINCON** | | | **CC:** | **1031145001** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **SIN DATO** | | | **TELÉFONO:** | **SIN DATO** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **SIN DATO** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24131604720** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1254 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.436.600** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/08/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*DIYER CASALLAS RINCON*
*PS_1254_2026_8E876D*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DIYER CASALLAS RINCON**
**CC: 1031145001**
**CEL: SIN DATO**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **DIYER CASALLAS RINCON** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.031.145.001** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1254 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.411.600 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **186** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 18.981.300 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.436.600 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SIETE (7) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO | | |

| **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 | CUMPLO CON LA ORGANIZACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL AREA, ASÍ COMO DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (DILIGENCIO REGISTRO EN LIBRO Y FORMATO DE REGISTRO). |
| 2 | CUMPL0 CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN CUANTO AL DESEMPEÑO Y PERMANENCIA EN EL ÁREA DE TRABAJO ASIGNADA (DILIGENCI0 FORMATO DISTIBUCION DE FORMULAS LACTEAS). |
| 3 | GARANTIZO INOCUIDAD, MANIPULACIÓN, PREPARACIÓN DE LAS FORMULA LÁCTEAS Y ENTERALES DE ACUERDO A SU DOSIFICACIÓN, PRESCRIPCIÓN DIETARÍA Y DISTRIBUCIÓN, CONSERVANDO CALIDAD MICROBIOLÓGICA Y NUTRICIONAL. (FORMATO LISTA DE CHEQUEO) |
| 4 | ASEGURO LA CORRECTA CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA LECHE MATERNA A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA. |
| 5 | REGISTRO ADECUADAMENTE EN EL FORMATO RESPECTIVO LAS CONDICIONES DE HUMEDAD Y TEMPERATURA EN EL AREA (DILIGENCIO FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD). |
| 6 | ASISTO PERIÓDICAMENTE AL FORTALECIMIENTO SOBRE EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. (CAPACITACION) |
| 7 | CUMPLO CON LA ADECUADA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÓRMULAS LÁCTEAS Y ENTERALES (FORMATO DE ENTREGA Y RECIBO DEL LACTARIO) |
| 8 | ASISTO A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA LA SUPERVISIÓN (ACTA DE REUNION). |
| 9 | INFORMO A LA SUPERVISIÓN ACERCA DE CUALQUIER NOVEDAD EN CUANTO EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS EN CUANTO AL AREA DE TRABAJO. (INFORMACION VERBAL Y/O REGISTRO DE LIBRO). |
| 10 | EJECUTO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE MI OFICIO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO (FORMATOS NORMALIZADOS) |
| 11 | CUMPLO CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA O CONCERTACIÓN DE CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE MIS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE A HACE PARTE DEL PRESENTE CONTRATO. |
| 12 | DESARROLLO LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR MI SUPERVISOR. |

**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° 9508044661 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/08/11 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2026/08/11 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/08/11 | $ 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** | *DIYER CASALLAS RINCON*<br>*PS_1254_2026_8E876D*<br>**DIYER CASALLAS RINCON**<br>**CC: 1031145001** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL*<br>*PS_1254_2026_8E876D*<br>**FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO*<br>*PS_1254_2026_8E876D*<br>**MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO**<br>**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 1031145001 | | CASALLAS RINCON DIYER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | papeleria global- esquina | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3203902451 | 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 | 641347730 | 9509533954 | I | 2026/09/02 | 2026/09/10 | NEQUI | 8 | $545,200 |

**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 | 1031145001 | CASALLAS DIYER | 231001 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS008 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 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 |



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 1031145001 | | CASALLAS RINCON DIYER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | papeleria global- esquina | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3203902451 | 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 | 641347730 | 9509533954 | I | 2026/09/02 | 2026/09/10 | NEQUI | 8 | $545,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | Fondo Solidaridad Pensional | Intereses de Mora Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Intereses de Mora Fondo Subsistencia | SALDOS E INCAPACIDADES | VAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $1,700 | | | | | $0 | |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $280,200 | $1,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $300 | | | | | $0 | |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $42,700 | $300 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $1,400 | | | | | $0 | |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $218,900 | $1,400 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| TOTAL | | | | 1 | $541,800 | $3,400 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

aportes en línea

## Resumen General de Pago

| LOR A PAGAR |
|---|
| $281,900 |
| $281,900 |
| $43,000 |
| $43,000 |
| $220,300 |
| $220,300 |
| $545,200 |



2026/09/09 07:28 PM

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner