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 79889810		CASTRO IBAGOS IVAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA52A #20SUR-69	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7130494	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	565010632	9508071744	I	2026/08/05	2026/08/14	BANCOLOMBIA	9	$696,100

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)					$2,234,233	$357,500			$2,234,233	$279,300			$0	$0			$2,234,233	$54,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,234,233	$357,500			$2,234,233	$279,300			$0	$0			$2,234,233	$54,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,234,233	$357,500			$2,234,233	$279,300			$0	$0			$2,234,233	$54,500		$0	$0
1	CC	79889810	CASTRO IVAN	25-14	30	$2,234,233	$357,500	EPS010	30	$2,234,233	$279,300		0	$0	$0	14-11	30	$2,234,233	$54,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,234,233	$357,500			$2,234,233	$279,300			$0	$0			$2,234,233	$54,500		$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 79889810		CASTRO IBAGOS IVAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA52A #20SUR-69	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7130494	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	565010632	9508071744	I	2026/08/05	2026/08/14	BANCOLOMBIA	9	$696,100

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	$357,500	$2,500					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$357,500	$2,500	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,500	$400					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$54,500	$400	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$279,300	$1,900					$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$279,300	$1,900	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$691,300	$4,800	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$360,000
$360,000
$54,900
$54,900
$281,200
$281,200
$696,100

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1858 2026 CRP -10281.pdf	1 PS 1858 2026 CRP -10281.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONAL FEBRERO 2026.pdf	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONAL FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1858 2026 CRP -16058.PDF	2 PS 1858 2026 CRP -16058.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	79889810	CASTRO	IBAGOS	IVAN	ANDRES	2026-06	Suramericana	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Suramericana	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Suramericana	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

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:	**IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS**			**CC:**	**79889810**
CORREO ELECTRÓNICO:	**iaci030303@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3192410081**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 52A 20 SUR 69**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**66937063947**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1858 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS
PS_1858_2026_0B73BF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS
CC: 79889810
CEL: 3192410081

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 ANDRES CASTRO IBAGOS			
	CON C.C N°	**79.889.810**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1858 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.111.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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. REALICE VERIFICACION LINEA DE PAGO SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL. 2. REALICE ACTUALIZACION DATOS LOS USUARIOS EN DHG. 3. REPORTE LOS CASO A TARABAJO SOCIAL CUANDO TENIAN DIFICUALTDES EN LA SEGURIDAD SOCIAL. 4. REGISTRE Y COMFIRME ORDENES DE SERVICIOS PRESTADO EN DGH. 5. SE VERIFICO CONTRA HISTORIA CLINICA LOS SERVICIO, PROCEDIMIENTO Y SE REGISTRO EN DGH GARANTIZANDO 100 % EL COBRO. 6. SE VERIFICO SOPORTE ANEXADOS POR EL AREA DE AUTORIZACIONES. 7. SE REGISTRO EGRESO EN DGH EN EL LOS TIEMPO ESTIPULADO. 8. ADJUNTE SOPORTE MANUALES, RECIBOS DE CAJA , SOPORTE DE AVANTAGE A REQUERIMIENTO. 9. GENERE FACTURAS. 10. GENERE RECIBO DE CAJA EN DGH SEGÚN SU CONCEPTO. 11. LEGALICE PAGARES EN DGH SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE. 12. ENTREGUE A DIARIO FACTURAS. 13. REALICE CORRECIONES A LAS DEVOLUCIONES SEGÚN LA INDICACIONES. 14. APLIQUE PLAN DE CONTIGENCIA CUANDO NO SE CONTABA CON DINAMICA DGH.15. SE ASISTIO A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS. 16. REALICE ACTIVIDADES INDICADAS POR EL SUPERVISOR O JEFE IMEDIATO.

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° 9508071744	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/14	$ 281.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/14	$ 360.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/14	$ 54.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 696.100

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	*IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS* *PS_1858_2026_0B73BF* **IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS** **CC: 79889810**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1858_2026_0B73BF* **YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1858_2026_0B73BF* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**