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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**IVAN DARIO SANTOS SANABRIA**			**CC:**	**1013621238**
CORREO ELECTRÓNICO:	**IVANSANTOS0418@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3105833882**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 SUR 11 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488433006761**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3055 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

IVAN DARIO SANTOS SANABRIA
PS_3055_2026_419578

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
IVAN DARIO SANTOS SANABRIA
CC: 1013621238
CEL: 3105833882

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 DARIO SANTOS SANABRIA			
	CON C.C N°	**1.013.621.238**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3055 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.755.289	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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.Se realiza seguimiento continuo de acuerdo a los lineamientos impartidos en el área de Gestión Documental en los Archivos Centrales Ubicados en las Cruces y Estupefacientes, realizando control de los des humificadores, se realiza solicitud de mantenimiento a la infraestructura de la Bodega de Cruces para evitar posibles inundaciones por canal
2	2.Se diligencia de manera adecuada el formato de control de préstamos documentales, se hacen visitas frecuentes a los depósitos de archivo de Cruces y de Estupefacientes donde se verifican condiciones de seguridad, custodia y conservación, y de ser necesario se realizan las actividades que se consideren necesarias para garantizar las condiciones adecuadas.
3	3.Se envía la información relacionada con los indicadores de préstamo Documentales, capacitaciones, transferencias y seguimientos a la organización de los archivos de gestión realizadas para el mes en curso.
4	4.Se realizan todas las actividades programadas para el mes. Con relación a capacitaciones y préstamos documentales, así como los apoyos en actividades relacionadas con la gestión documental de la entidad y que fueron solicitadas por la referente del área.
5	5.Se realizo el apoyo en el traslado de la bodega de Archivo Puente Aranda hacia la nueva bodega de Archivo Central.
6	6.En todas las actividades que se apoyaron en el mes, se realizo la validación de entregar a satisfacción todas las actividades entre ellas apoyo en diferentes actividades de la administración del sistema Agilsalud Documental, Capacitaciones, consulta y préstamos de expedientes documentales y demás actividades programadas por la referente del Área de Gestión Documental.
7	7.No se realizaron capacitaciones para el mes de septiembre, lo anterior de acuerdo a que no se genero la necesidad de la misma.
8	8.Consultar en los inventarios documentales expedientes de Contratos OPS para préstamos documentales. Se realizó préstamo documental de (5) expedientes contratos al área Contratación. Anteriores Hospitales Rafael Uribe y Centro Oriente. Se da respuesta oportuna a 108 Radicados de AgilSalud, solicitando información. Ademas se realizan las actividades de consulta de los expedientes físicos en la bodega de Estupefacientes y Cruces.
9	9.Se consultan los Inventarios documentales con el fin de identificar los expedientes objeto de préstamo documental en las Unidades de Rafael Uribe y Centro Oriente.
10	10.Esta actividad no se realizo en este mes debido a las programaciones del Área.
11	11.Se cumple de manera oportuna con todas las actividades y metas programadas para el mes.
12	12.Se diligencian de manera correcta y oportuna los formatos requeridos para realizar los pagos de honorarios.
13	13.Se realiza el cargue en el Secop II de la cuenta de cobro del mes con sus soportes respectivos.
14	14.Se acepta y se envía a la entidad el contrato No PS 3055 2026.
15	15.Se mantiene absoluta reserva en la información que se encuentra a mi cargo.
16	16.Esta actividad se realiza al finalizar el contrato. Enlace de evidencias Drive https://drive.google.com/drive/folders/1Ev3y4H_lXS7PGm9emtEEmMspIkDsvmHu?usp=drive_link

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509944300	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/29	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/29	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/29	$ 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	*IVAN DARIO SANTOS SANABRIA* *PS_3055_2026_419578* **IVAN DARIO SANTOS SANABRIA** **CC: 1013621238**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_3055_2026_419578* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3055_2026_419578* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **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 1013621238		SANTOS SANABRIA IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 4 SUR NO 11 - 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	693921464	9509944300	I	2026/09/09	2026/09/29	BANCO DAVIVIENDA	20	$550,000

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	1013621238	SANTOS IVAN	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	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

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 1013621238		SANTOS SANABRIA IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 4 SUR NO 11 - 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	693921464	9509944300	I	2026/09/09	2026/09/29	BANCO DAVIVIENDA	20	$550,000

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	$4,200					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$4,200	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$700					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$700	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$3,300					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$3,300	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$8,200	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$284,400
$284,400
$43,400
$43,400
$222,200
$222,200
$550,000