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:	**ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ**			**CC:**	**1022926737**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANCATAFE01@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3227184571**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 100A 28 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**161643341**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1646 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.793.100**
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**				

ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ
PS_1646_2026_759E2D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ
CC: 1022926737
CEL: 3227184571

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			
ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ			
	CON C.C N°	**1.022.926.737**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1646 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.172.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.951.693	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.793.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO		

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. Realicé el traslado y entrega oportuna de documentos, correspondencia y demás elementos requeridos por la institución. 2. Realicé diligencias administrativas y operativas asignadas, de acuerdo con las necesidades del servicio. 3. Apoyé el traslado y distribución de insumos, documentos y elementos entre las diferentes sedes y áreas de la institución. 4. Realicé recorridos y desplazamientos en motocicleta para atender oportunamente los requerimientos institucionales asignados. 5. Verifiqué la documentación y elementos recibidos y entregados, garantizando su correcta distribución y entrega. 6. Realicé la recolección y entrega de documentos, correspondencia y demás elementos en los lugares establecidos. 7. Apoyé las actividades logísticas requeridas para el desarrollo de las labores administrativas y asistenciales de la institución. 8. Cumplí con las rutas y actividades programadas, garantizando oportunidad y continuidad en las diligencias asignadas. 9. Mantuve comunicación permanente con las áreas solicitantes para coordinar y atender los servicios de mensajería y apoyo requeridos. 10. Registré y reporté las entregas, diligencias y actividades realizadas, de acuerdo con los procedimientos establecidos. 11. Velé por el adecuado manejo y conservación de los documentos y elementos transportados durante los desplazamientos. 12. Cumplí las normas de tránsito, seguridad vial y los protocolos institucionales establecidos durante el desarrollo de las actividades. 13. Apoyé la organización y distribución de documentación y elementos requeridos por las diferentes áreas y sedes. 14. Atendí oportunamente las solicitudes de mensajería y apoyo logístico asignadas por los responsables del servicio. 15. Reporté las novedades presentadas durante los desplazamientos, entregas o diligencias realizadas.

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° 1084425832	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/25	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/25	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/25	$ 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	*ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ* *PS_1646_2026_759E2D* **ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ** **CC: 1022926737**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO* *PS_1646_2026_759E2D* **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-28, 04:16:30 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084425832

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824059193

PAGADO 25/09/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ		
Documento	CC1022926737	**Dirección**	CR 5 #100 A - 28 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3227184571
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 1022926737	ANDRES CAMILO TALERO FERNANDEZ	03	00																	0	30	30	0	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 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	$ 7.100	$ 506.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

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

Documento del contrato cargado

Volver | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fac

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	24.951.693,00 COP	-	-
lor anticipo:	0,00 COP	0%	-
as entregas	0,00 COP	0%	-
r facturado:	0,00 COP	0%	-
endiente de pago:	0,00 COP	0%	-
lor pagado:	0,00 COP	0%	-
del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
e amortizar:	0,00 COP	0%	0%
e ejecución:	24.951.693,00 COP	100%	-
de entrega:	24.951.693,00 COP	100%	-

Documento del contrato cargado

ejecución del contrato

ón	Nombre del archivo	Cargado por		
026 CUENTA DE COBRO 26.pdf	PS 1646 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
026 CUENTA DE COBRO).pdf	PS 1646 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

026 CUENTA DE COBRO 6.pdf.pdf	PS 1646 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
026 CUENTYA DE COBRO df	PS 1646 2026 CUENTYA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2026 CRP -15866.PDF	2 PS 1646 2026 CRP -15866.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
026_CUENTA DE COBRO 026.pdf (Archivado)	PS 1646 2026_CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2026 CRP -9848.pdf	1 PS 1646 2026 CRP -9848.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
026 CUENTA DE COBRO 6.pdf	PS 1646 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
026 CUENTA DE COBRO 6.pdf	PS 1646 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
026 CUENTA DE COBRO 2026..pdf	PS 1646 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026..pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Imprimir Modificar < >

Documento del contrato cargado