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:	**ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA**			**CC:**	**79825510**
CORREO ELECTRÓNICO:	**alirio2978@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3057479297**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 18H 77A 46 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**462870017797**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1633 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.793.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA
PS_1633_2026_B7AA0C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA
CC: 79825510
CEL: 3057479297

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			
ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA			
	CON C.C N°	**79.825.510**	
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 1633 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.172.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.858.590	**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° 9509684930	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 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	*ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA* *PS_1633_2026_B7AA0C* **ALIRIO ADOLFO ARIAS OJEDA** **CC: 79825510**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO* *PS_1633_2026_B7AA0C* **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **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 79825510		ARIAS OJEDA ALIRIO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAV 18 H # 80 - 46 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652440	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	642559139	9509684930	I	2026/09/03	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	7	$537,100

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$0	$0
1	CC	79825510	ARIAS ALIRIO	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100		0	$0	$0	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$0	$0		$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 79825510		ARIAS OJEDA ALIRIO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAV 18 H # 80 - 46 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7652440	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	642559139	9509684930	I	2026/09/03	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	7	$537,100

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	$280,200	$1,500					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,500	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$200					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,200					$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$1,200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				**1**	**$534,200**	**$2,900**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$281,700
$281,700
$35,300
$35,300
$220,100
$220,100
$537,100

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:	24.858.590,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	24.858.590,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	24.858.590,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Ps 1633 2026 Cuenta de cobro de Marzo 2026.pdf.pdf	Ps 1633 2026 Cuenta de cobro de Marzo 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1633 2026 CRP -15855.PDF	2 PS 1633 2026 CRP -15855.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Ps 1633 Cuenta de Cobro Junio.pdf	Ps 1633 Cuenta de Cobro Junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	1 PS 1633 2026 CRP -10186.pdf	1 PS 1633 2026 CRP -10186.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Ps 1633 2026 Cuenta de Cobro Mayo.pdf	Ps 1633 2026 Cuenta de Cobro Mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1633 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1633 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ps 1633.2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf.pdf (Archivado)	ps 1633.2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1633 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1633 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ps 1633 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf.pdf (Archivado)	ps 7697 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ps 7697 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf (1).pdf (Archivado)	ps 7697 2026 cuenta de cobro de enero 2026.pdf (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ps 1633 2026 Cuenta de Cobro Abril 2026.pdf	Ps 1633 2026 Cuenta de Cobro Abril 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ps 1633 2026 Cuenta de cobro de Febrero 2026.pdf	Ps 1633 2026 Cuenta de cobro de Febrero 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1633 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 1633 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Volver

Imprimir Modificar < >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.