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:	**JORGE LUIS VELASCO TOLEDO**			**CC:**	**80728893**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JORGEVELASCO511@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102808437**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 157 A 92 06**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**6342041674**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3041 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
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**				

JORGE LUIS VELASCO TOLEDO
PS_3041_2026_D0B85D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JORGE LUIS VELASCO TOLEDO
CC: 80728893
CEL: 3102808437

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			
JORGE LUIS VELASCO TOLEDO			
	CON C.C N°	**80.728.893**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II 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 3041 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.712.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.766.361	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA		
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. APLICAR LAS NORMAS DE RECEPCION, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION DE LOS INSUMOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SUB-ALMACEN DE LA RESPECTIVA UNIDAD.
2	2. APOYAR AL SUBALMACEN DE LA RESPECTIVA UNIDAD EN LA RECEPCION DE INSUMOS Y ELEMENTOS QUE SUMINISTRAN LOS PROVEEDORES VERIFICANDO SUS ESPECIFICACIONES TECNICAS CONTRA EL CONTRATO Y FACTURA.
3	3. ORGANIZAR LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS Y DEMAS ELEMENTOS EN LA ESTANTERIA DE ACUERDO CON EL ORDEN ESTABLECIDO, PARA DETECTAR EL INDICE DE ROTACION Y LOS NIVELES DE EXISTENCIA.
4	REALIZAR LA CLASIFICACION Y ORGANIZACION DE LOS ELEMENTOS QUE INGRESAN AL SUB-ALMACEN DE ACUERDO A LAS COMPRAS REALIZADAS, A FIN DE GARANTIZAR SU RAPIDA LOCALIZACION Y SEGURIDAD, MANTENIENDO LAS CONDICIONES DE CALIDAD Y OPORTUNIDAD.
5	5. ALISTAR Y REALIZAR LAS ENTREGAS DE LOS PRODUCTOS QUE REQUIEREN LAS AREAS Y SERVICIOS DE LA RESPECTIVA UNIDAD, DE ACUERDO CON LOS PEDIDOS Y COMPROBANTES DE SALIDAS.
6	6. MANTENER ADECUADA COMUNICACION CON LAS AREAS Y SERVICIOS DE LA RESPECTIVA UNIDAD, PARA LA ENTREGA DE LOS PEDIDOS.
7	APOYAR EN EL DESARROLLO Y ACTUALIZACION DE LOS INVENTARIOS PERIODICOS Y ANUALES SOBRE LOS ELEMENTOS EXISTENTES EN EL SUB-ALMACEN DE LA RESPECTIVA UNIDAD.
8	APOYAR EN LAS ACCIONES DE VERIFICACION MENSUAL DE INSUMOS Y ELEMENTOS DEL SUBALMACEN CON EL FIN DE VELAR QUE NO FALTE NINGUNO DE ESTOS DE ACUERDO A LOS SALDOS DE INVENTARIOS EXISTENTES
9	. VELAR POR LA LEGALIZACION, RECOLECCION DE FIRMAS EN LOS SOPORTES DE INGRESO Y EGRESO.
10	. MANTENER LA BODEGA EN COMPLETO ORDEN Y ASEO

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° 8394309725	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/21	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/21	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/21	$ 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	*JORGE LUIS VELASCO TOLEDO* *PS_3041_2026_D0B85D* **JORGE LUIS VELASCO TOLEDO** **CC: 80728893**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ* *PS_3041_2026_D0B85D* **JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3041_2026_D0B85D* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	80728893	JORGE LUIS VELASCO TOLEDO	calle 157 a # 92 -06	9359770	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
8	2026	8	2026	I	21 09 2026	8394309725	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 80728893	VELASCO TOLEDO JORGE LUIS	57	0			No	001	11																30	30	30	EPS002	$1,750,905	12.50%	$218,900	230301	$1,750,905	16.00%	$280,200	$0
																															$218,900				$280,200	$0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 80728893	VELASCO TOLEDO JORGE LUIS	$0	14-11	$1,750,905	2.44%	3	$42,700
			$0					$42,700

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información