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 |
| 2026-08 | 2026-08 | 644928541 | 9509640267 | I | 2026/09/03 | 2026/09/11 | BANCOLOMBIA | 8 | $695,600 |

**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 |
| 2026-08 | 2026-08 | 644928541 | 9509640267 | I | 2026/09/03 | 2026/09/11 | BANCOLOMBIA | 8 | $695,600 |

**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 | $2,200 | | | | | $0 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $357,500 | $2,200 | $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 | $1,700 | | | | | $0 | |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $279,300 | $1,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| TOTAL | | | | 1 | $691,300 | $4,300 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| LOR A PAGAR |
| --- |
| $359,700 |
| $359,700 |
| $54,900 |
| $54,900 |
| $281,000 |
| $281,000 |
| $695,600 |

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 |
| ☐ | PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf | PS 1858 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**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 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:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS*
*PS_1858_2026_555CE6*

**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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN: 2**<br>**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:** | $ 25.857.900 | **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:** | 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9509640267 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2026/09/11 | $ 281.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/09/11 | $ 359.700 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/09/11 | $ 54.900 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 695.600 |

| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. | |
| VII. ANEXOS<br>(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*<br>*PS_1858_2026_555CE6*<br>**IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS**<br>**CC: 79889810** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS*<br>*PS_1858_2026_555CE6*<br>**YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ*<br>*PS_1858_2026_555CE6*<br>**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |