

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES LEONARDO SARMIENTO MANCIPE			CC:	1030667465
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDRESLEONARDO130@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3214335386
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 82 17 95			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	066324856
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2185 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.426.240	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30				
<div><div>ANDRES LEONARDO SARMIENTO MANCIPE PS_2185_2026_F97804</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDRES LEONARDO SARMIENTO MANCIPE CC: 1030667465 CEL: 3214335386</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDRES LEONARDO SARMIENTO MANCIPE

CON C.C N° 1.030.667.465

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2185 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.094.080	No. HORAS EJECUTADAS	182
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.094.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.426.240
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL
---	------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
------------------------	-----------------------

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	Se realiza todos los meses un estudio de casos en el que se realiza la revision y seguimiento de los casos de mayor prioridad, como soporte queda el acta de la reunion.
2	Se realiza la valoracion de los pacientes por nivel de riesgo y se establece el plan de seguimiento y atencion, asi mismo se entrega como soporte la base por nivel de riesgo.
3	Se ha establecido para este proposito los planes de trabajo y seguimiento para cada uno de los pacientes activos en atencion para su tratamiento, esto queda soportado con la base de nivel de riesgo del paciente.
4	Se realiza la participacion en las reuniones y se deja como soporte el acta de la reunion y las tematicas tocadas en cada una de ellas.
5	Se desarrolla mensualmente un estudio de casos de los pacientes priorizados, se deja como soporte el acta de la reunion y el plan de trabajo del paciente.
6	Se llevan a cabo las actividades grupales con pacientes, dejando registro en los informes, evoluciones, lostados de asistencia, en donde quedan registrados los temas y pacientes asistentes.
7	Se programan y realizan capacitaciones mensualmente en las que se imparte de forma pedagogica las indicaciones de los temas asignados por mes, en registro y soporte queda para esta actividad el acta y los entregables de la misma.evoluciones, lostados de asistencia, en donde quedan registrados los temas y pacientes asistentes.
8	Se realizan reuniones en articulacion intersectorial para dar cumplimiento a dicha obligacion, como soporte queda el acta de esta reunion.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 72592740		OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		COMPENSAR	2026/04/10	\$ 226.200
PENSIÓN:		COLPENSIONES	2026/04/10	\$ 289.600

RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/10	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 515.800
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	<div><div>ANDRES LEONARDO SARMIENTO MANCIPE</div><div>PS_2185_2026_F97804</div><div>ANDRES LEONARDO SARMIENTO MANCIPE</div><div>CC: 1030667465</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>GUILLERMO RUBIO GUIZA</div><div>PS_2185_2026_F97804</div><div>GUILLERMO RUBIO GUIZA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030667465	ANDRES LEONARDO SARMIENTO MANCIPE	Calle 38B sur No 72Q-82	3913687	andres.leonardo130@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72592740	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$515.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	226.200	0		0		0	0	0	0	226.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	289.600	0	0	0	0	0	0		289.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	226.200	226.200
Pensión	1	289.600	289.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	515.800	515.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030667465	ANDRES LEONARDO SARMIENTO MANCIPE		Calle 38B sur No 72Q-82	3913687	andres.leonardo130@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72592740	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$515.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	VST	SN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1030667465	SARMIENTO MANCIPE ANDRES LEONARDO			3	0		N																	25-14	1.809.408	30	289.600	0	0	0	0	EPS008	1.809.408	30	226.200		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

