





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTION DE CONTRATACION  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS  
Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-JA-FT-014  
VERSIÓN: 6  
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	BRAYAN DAVID RAMIREZ HUERTAS	CC:	1.013.656.024
CORREO ELECTRÓNICO:	bdraminrezh@unal.edu.co	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 26 15 66 SUR	TELÉFONO:	3105896014
		CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones

(X)

SI tomaré costos y deducciones

( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y párrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

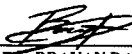
SI ( )

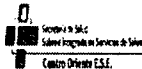
NO ( X )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24127586791
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 5174 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 14.526.321
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 1.199.421					
	UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					

  
NOMBRE: BRAYAN DAVID RAMIREZ HUERTAS  
CC 1.013.656.024  
CEL 3105896014



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTION DE CONTRATACION**  
**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y**  
**APOYO A LA GESTION**

CÓDIGO: AP-1A-FT-078  
 VERSIÓN: 2  
 FECHA: 2024-09-16

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**NOMBRE DEL CONTRATISTA** **BRAYAN DAVID RAMIREZ HUERTAS**

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** **1.013.656.024**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO GEOGRAFO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**  
 No. **PS 5174 2024** **FECHA INICIO CONTRATO** **24/10/2024**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ **5.330.760**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ **14.526.321** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **1.199.421**

**Nº PAGO / Nº DE INFORME:** **6** **Nº CRP INICIAL:** **44702** **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** **3662**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** **TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS**

**Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** **9480682831** **OPERADOR:** **APORTES EN LINEA**

**PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** **CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD**

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** **SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO**

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49733	TIEMPO NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50836	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA		TIEMPO UN (1) MES

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>X</b>
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>		
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>		

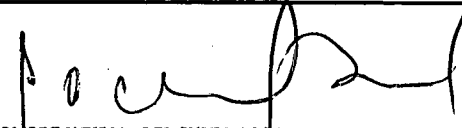
**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**


**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

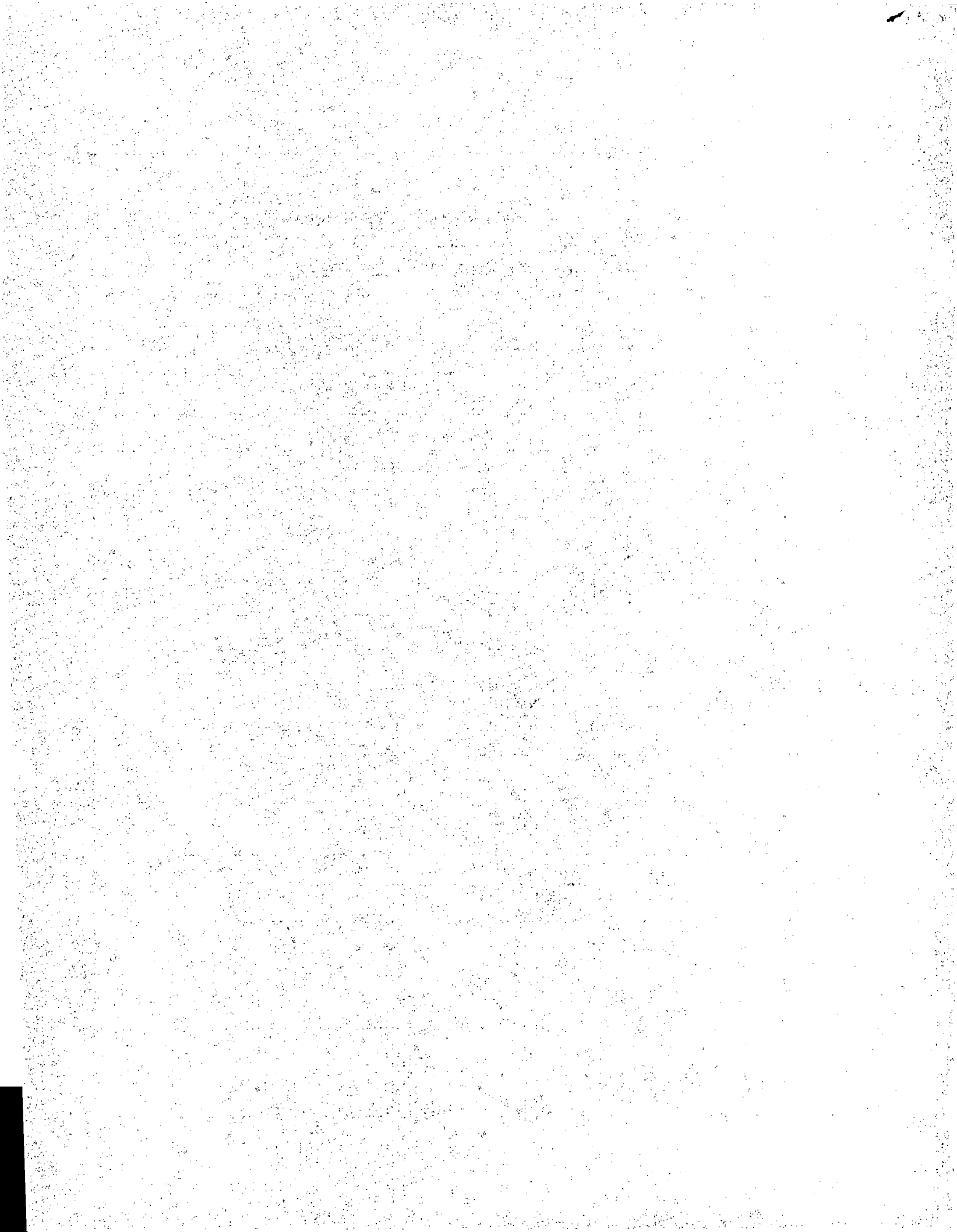
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	<b>X</b>	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/02/2025 AL 09/02/2025

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:**

  
**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**  
**LORENZA BECERRA CAMARGO**  
**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

  
**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**  
**LILIANA TELLEZ VALBUENA**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 101365024		RAMIREZ HUERTAS BRAYAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 26# 15-66 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8100131	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1259096850	9480682831	I	2025/02/07	2025/02/11	BANCO CAJA SOCIAL	4	\$496,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			Total Aportes
No.	Identificación	Nombre	In	Pr	Re	Co	De	Ca	Pa	Vi	Pa	Vi	Pa	Vi	Pa	Vi	Pa	Vi	Pa	Vi	Pa	Vi	Pa	Vi	Pa	Vi	Pa	Vi	Exonerado SENA e ICBF			
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																
																														\$494,900		
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																
<b>Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)</b>																																
1	CC	101365024	RAMIREZ BRAYAN																										No	\$494,900		
<b>Total Afiliados (1)</b>																														\$494,900		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 101365024		RAMIREZ HUERTAS BRAYAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 26# 15-66 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8100131	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1259096850	9480682831	I	2025/02/07	2025/02/11	BANCO CAJA SOCIAL	4	\$496,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,900	\$700	\$0	\$256,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$255,900	\$700	\$0	\$256,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$200	\$0	\$39,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$39,000	\$200	\$0	\$39,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$600	\$0	\$200,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$200,000	\$600	\$0	\$200,600	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$494,900</b>	<b>\$1,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$496,400</b>	



Brayan David Ramirez Huertas <bdramirez@unal.edu.co>

**PSE Transacción Aprobada - CUS 1259096850**

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: bdramirez@unal.edu.co

11 de febrero de 2025, 11:33



**¡Hola, brayan david ramirez huertas!**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**  
CUS: 1259096850  
Empresa: APORTES EN LINEA  
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480682831  
Valor de la Transacción: \$ 496.400  
Fecha de Transacción: 11/02/2025

**Ten en cuenta estos tips de seguridad**

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.