


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO	CC:	1030685132		
		RUT (NIT):	1030685132		
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILO.LEGUIZAMON@OUTLOOK.COM	TELÉFONO:	3013744592		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49 80D 31 SUR	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24064953096

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

N° DEL CONTRATO:	PS 5115 2025	N° CDP:	998	N°. RP:	11737	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DOCE (12) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 21.171.341	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.226.865					

  
CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO  
PS\_5115\_2025\_69EA2D-2025-05-16 13:37:50

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO  
CC: 1030685132  
CEL: 3013744592

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

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	<b>CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO</b>
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>	<b>1.030.685.132</b>

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

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5115 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/03/20</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$	21.171.341
-----------------------------------	----	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	21.171.341	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$	6.226.865
---	----	------------	--	----	-----------

<b>N° DE INFORME:</b>	3	<b>N° CRP INICIAL:</b>	11737	<b>N° CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	998
-----------------------	---	------------------------	-------	------------------------------------	-----

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y DOCE (12) DIAS
--	---------------------------------

<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	DIRECCION ADMINISTRATIVA
--	--------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA
-------------------------------	-----------------------------

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

<b>N° DE MODIFICACIÓN:</b>	(0)	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):</b>	ADICION ( )	PRORROGA ( )
----------------------------	-----	---	-------------	--------------

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
---------------------------------------	----	----	---

<b>N° DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	
----------------------	--	----------------------------------	--

<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>	
---------------------------	--	---	--

**IV. 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	Creación de órdenes de compra según las necesidades asistenciales con relación a insumos y dispositivos médico quirúrgico en estado sin contrato.
2	Seguimiento a los procesos como invitaciones a cotizar, órdenes de compra y convocatoria pública
3	Elaboración y seguimiento a la recepción técnica de los insumos y dispositivos médico quirúrgico entregados por los oferentes para toda la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
4	Apoyar técnicamente a las áreas de adquisiciones y compras en la consecución de los insumos medico quirúrgicos.
5	Evaluación y realización de evaluación técnica y experiencia económica según proceso publicados por SECOP II para la adquisición de insumos y dispositivos médico quirúrgicos
6	Realización y gestión de cajas menores solicitadas durante el mes con relación a las necesidades asistenciales para el rubro de dispositivos médico quirúrgicos, sin existencia y sin contrato
7	Respuestas a las alternativas técnicas presentadas por los oferentes en estado de contrato con relación a las necesidades asistenciales
8	Gestión referente a las necesidades asistenciales correspondientes a la no existencia de los insumos y dispositivos médico quirúrgicos
9	Evaluación a procesos de orden de compra EM-080-2025 Y EM-058-2025
10	Elaboración convocatoria pública con 785 ítems con descripciones, apoyos tecnológicos y compatibilidades para el proceso de insumos y dispositivos médico quirúrgicos
11	Se Realiza entrega de informe mensual de sus actividades al supervisor del contrato para certificación en el cumplimiento de las mismas.

**V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

**VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 9483715317	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/05/12	\$ 311.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/05/12	\$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/12	\$ 60.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 770.700</b>

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</b>	 <p><i>CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO</i> <i>PS_5115_2025_69EA2D-2025-05-16 13:37:50</i></p> <p><b>CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO</b> <b>CC: 1030685132</b> <b>CEL: 3013744592</b></p>
--	---

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <p><i>INGRID TATIANA ROJAS AVELLA</i> <i>PS_5115_2025_69EA2D-2025-05-19 19:11:00</i></p> <p><b>INGRID TATIANA ROJAS AVELLA</b> <b>CARGO:</b> <b>DIRECTOR ADMINISTRATIVO CODIGO 009 GRADO 05 (E )</b></p>
---	---

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030685132		LEGUIZAMON ARGUELLO CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 49 80D-31 SUR BARRIO ALMENAR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013744598	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2025-04	2025-04	1472240908	9483715317	I	2025/05/09	2025/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	3	
								Valor	\$772,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
<b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>					\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400					\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700			\$0	\$0					
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400					\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700			\$0	\$0					
<b>Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)</b>					\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400					\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700			\$0	\$0					
1	CC	1030685132	LEGUIZAMON CRISTIAN	230301	30	\$2,490,746	\$398,600	EPS005	30	\$2,490,746	\$311,400	0		\$0	\$0	14-11	30	\$2,490,746	\$60,700	0		\$0	\$0						
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400					\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700			\$0	\$0					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030685132		LEGUIZAMON ARGUELLO CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 49 80D-31 SUR BARRIO ALMENAR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013744598	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472240908	9483715317	I	2025/05/09	2025/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	3	\$772,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$398,600	\$800	\$0	\$399,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$398,600	\$800	\$0	\$399,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,700	\$200	\$0	\$60,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$60,700	\$200	\$0	\$60,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$311,400	\$700	\$0	\$312,100	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$311,400	\$700	\$0	\$312,100	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$770,700</b>	<b>\$1,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$772,400</b>	