



| | | | |
|---------------------------|------------------------|-----------------------------|--|
| Clase Documento | RE Factura LogísticaMM | Fecha de Contabilización: | 15.08.2025 |
| Referencia Del Documento: | C.C N°6 | Fecha Impresión de Factura: | 15.08.2025 |
| Centro Gestor: | 1103 ✓ | Nombre de la Dependencia: | SECR GENERAL Y DE CERCANÍA AL |
| Fondo: | 1-0500 ✓ | Nombre del Fondo: | Ingreso Corriente de Libre Destinación |
| Verificado por: | JCORRADINE | Documento RPC: | 4600029053 |
| NIT del Tercero: | 194659428 ✓ | Código del Tercero: | 2300026220 |
| Nombre del Tercero: | GONZALO GUZMÁN NARANJO | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 8 SGCC-CD-PSP-454-2025

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES PESOS \$ 7.000.000

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|----------|------------|-------|----------------------|------------------------|-------------|
| 001 | 2401020013 | 31 | proyectos de inversi | XACREEDOR/DEUDOR | 6.953.000- |
| 002 | 5108010001 | 81 | Remuneracion Servi | 2120202008 | 7.000.000 ✓ |
| 003 | 2436270000 | 50 | Reteica Compras | XRETENCION/DEDUCCION08 | 47.000- ✓ |

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

| Nombre del Descuento efectuado | Base Gravable aplicada | Vr del Descuento y/o Dedución |
|---|------------------------|-------------------------------|
| Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM | 6.187.384 | 47.000- ✓ |

VALOR DESCUENTOS: \$ 47.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL PESOS \$ 6.953.000

NATALIA A. FORERO M.
ORDENADOR





Gobernación
Cundinamarca

GESTIÓN CONTRACTUAL

CÓDIGO: A-GC-FR-033

VERSIÓN: 05

RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE
CONTRATOS/CONVENIOS

FECHA: 02/05/2025

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el Manual de gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|------|------------------------------|-----|-----|------|--|-----|-----|------|
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | Día | Mes | Año | FECHA DE INICIO DEL CONTRATO | Día | Mes | Año | FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones) | Día | Mes | Año |
| | 14 | 8 | 2025 | | 14 | 2 | 2025 | | 13 | 10 | 2025 |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|----------------------|------|
| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | SECRETARÍA GENERAL Y DE CERCANÍA AL CIUDADANO | | | | SECCIÓN PRESUPUESTAL | 1103 |
|--|---|--|--|--|----------------------|------|

| | | | | | | |
|---|-----------|---------|------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|
| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIÓN | VIGENCIA FUTURA | PASIVO EXIGIBLE | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
| SGCC-CD-PSP-454/2025 | X | | | | GONZALO GUZMAN NARANJO | 194659428 |
| DIRECCIÓN | | | CORREO | | | TELÉFONO |
| CR 54 64 A 45 | | | PRENSACRISTIAN2011@GMAIL.COM | | | 3125220783 |
| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | | | | | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO |

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA PARA REALIZAR ACCIONES EN TEMAS ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO CORRESPONDE A LA SUMA DE CINCUENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS (\$56.000.000) M/CTE, INCLUIDO LOS IMPUESTOS A QUE HAYA LUGAR. LA SECRETARÍA GENERAL Y DE CERCANÍA AL CIUDADANO PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO CON CARGO AL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NO. 7100062993 DEL 4 DE FEBRERO DE 2025 EXPEDIDO POR EL DIRECTOR FINANCIERO DE PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA. EL PRESENTE CONTRATO ESTÁ SUJETO A REGISTRO PRESUPUESTAL Y EL PAGO DE SU VALOR A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES. LA SECRETARÍA GENERAL Y DE CERCANÍA AL CIUDADANO PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL CONTRATO EN OCHO (8) PAGOS ASI: OCHO (8) MENSUALIDADES VENCIDAS CADA UNA POR LA SUMA DE SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$7.000.000), INCLUIDO LOS IMPUESTOS A QUE HAYA LUGAR, O A PRORRATA DE LOS DÍAS EFECTIVAMENTE EJECUTADOS, INCLUIDO LOS IMPUESTOS A QUE HAYA LUGAR, CON CARGO AL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL EXPEDIDO POR LA DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA. LOS ANTERIORES VALORES SE PAGARÁN PREVIA ENTREGA DE LOS INFORMES PREVISTOS POR LA ENTIDAD CONTRATANTE. LA CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CONSTANCIA DE PAGO DE LOS APORTES CORRESPONDIENTES A SEGURIDAD SOCIAL, LOS CUALES DEBERÁN CUMPLIRLAS PREVISIONES LEGALES. LOS PAGOS SE REALIZARÁN DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE PRESENTACIÓN DEL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO FIRMADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. EL ÚLTIMO PAGO DEL PRESENTE CONTRATO ESTARÁ SUJETO A LA PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

| | | | | | |
|---------------------------|--------|------------------|--|----------------|-------------|
| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 1-0500 | NOMBRE DEL FONDO | Ingreso Corriente de Libre Destinación | VALOR DEL PAGO | \$7.000.000 |
|---------------------------|--------|------------------|--|----------------|-------------|

| | | | | | |
|---------|---|----|---|-------|-------------------|
| PAGO N° | 6 | DE | 8 | BANCO | Banco Caja Social |
|---------|---|----|---|-------|-------------------|

| | | |
|-----------|-------------|---------|
| CUENTA N° | 24136304467 | Ahorros |
|-----------|-------------|---------|

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|-------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| DEPARTAMENTO | \$56.000.000 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | 0% |
| | | VALOR ANTICIPADO | \$0 |
| | | VALOR DEL ANTICIPO | \$0 |
| | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | \$0 |
| ADICIÓN DEPARTAMENTO | \$0 | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | \$0 |
| | | SALDO AMORTIZACIÓN | \$0 |
| | | VALOR BRUTO A PAGAR | \$7.000.000 |
| | | VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS | \$42.000.000 |
| TOTAL | \$56.000.000 | SALDO POR EJECUTAR | \$14.000.000 |

| | | | | | | | |
|--|-----|------|---------------|---|-----|------|--|
| REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA | | | | CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC | DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
| 14 | 2 | 2025 | 4600029053 | 8 | 8 | 2025 | 9488132851 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|---|--|-----|-----|------|---------------------|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO | SI | X | FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA | Día | Mes | Año | # INFORME SUPERVISA | PERIODO A CERTIFICAR | Del | | | Al | | |
| | NO | | | 14 | 8 | 2025 | | | 6 | Día | Mes | Año | Día | Mes |

| | | | | | | | |
|-----------------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|---------|-----------|---|
| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | Cesión | Terminación Anticipada | Cambio de supervisión | Embargo | No aplica | X |
|-----------------------|------------|--------|------------------------|-----------------------|---------|-----------|---|

OBSERVACIONES (si se requiere)

| | | | | | |
|------------------------|---|--------------------------------|--|---------------------|--|
| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
| NOMBRE: | FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR | NOMBRE: | URIEL ANTONIO RONCANCIO VARGAS | NOMBRE: | NATALIA ANDREA FORERO MARIN |
| CARGO Y DEPENDENCIA | SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | JEFE DE OFICINA ASESORA JURIDICA/SECRETARIA GENERAL Y DE CERCANIA AL CIUDADANO | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE DESPACHO/SECRETARIA GENERAL Y DE CERCANIA AL CIUDADANO |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

Karinata
14-Ago/25



Gobernación de Cundinamarca

Bogotá, 14/08/2025

Doctor:

URIEL ANTONIO RONCANCIO VARGAS
Jefe Oficina Asesora Jurídica
SECRETARÍA GENERAL Y DE CERCANÍA AL CIUDADANO
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
Bogotá D.C.

Asunto: Remisión de documentos para trámite de pago No 6 del Contrato No. SGCC-CD-PSP-454-2025

Respetado doctor:

Comendidamente remito de forma digital los soportes para pago del contrato mencionado en el asunto a nombre de **GONZALO GUZMAN NARANJO** identificado con CC 19465942 de Bogotá, por valor de \$ 7.000.000 para el trámite del pago número 6 de 8, así:

1. Recibido A Satisfacción Y Certificado Para Pago De Contratos/Convenios (A-Gc-Fr033)
2. Certificación bancaria menor a 30 días
3. Oficio remitario
4. Informe de supervisa
5. Cuenta de cobro
6. Informe de actividades
7. Planilla de seguridad social
8. Validación de planilla
9. Pantallazo de Secop

Cordialmente,



FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD



Salud

Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Central Piso 9.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 7490000
📍 /CundiGov 📧 @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

| | | |
|--|--|------------------------------------|
|  Gobernación de Cundinamarca | GESTIÓN CONTRACTUAL | Código A-GC-FR-017 |
| | | Versión : 4 |
| | Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA | Fecha de Aprobación: 20/09/2024 |


| | |
|---|--|
| INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SGCC-CD-PSP-454-2025 | |
| Informe Parcial <input checked="" type="checkbox"/> / No. Del Informe 6 | Informe Final <input type="checkbox"/> |
| Periodo del Informe: Del 14.07.2025 hasta el 13.08.2025 | |
| Fecha en la que se rinde en informe : | 14.08.2025 |

| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO | |
|---|--|
| Contratista: | GONZALO GUZMAN NARANJO |
| NIT / C.C.: | 194659428 |
| Supervisor: | FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR |
| Cargo: | SUBDIRECTOR TÉCNICO |
| Objeto del Contrato o Convenio: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA PARA REALIZAR ACCIONES EN TEMAS ADMINISTRATIVOS |
| Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio: | 07.02.2025 |
| Fecha de Inicio del Contrato o Convenio | 14.02.2025 |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 7100062993 |
| Registro Presupuestal | 4600029053 |
| Valor Inicial del Contrato o Convenio | \$56,000,000 |
| Adición | \$0 |
| Vigencia Futura | \$0 |
| Valor Total del Contrato | \$56,000,000 |
| Plazo de Ejecución Inicial | 8 MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DICIEMBRE DE 2025 |
| Prorroga No. | 0 |
| Plazo de Ejecución Final | 8 MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DICIEMBRE DE 2025 |
| Fecha De Terminación del Contrato o Convenio | 13.10.2025 |
| Suspensión (según aplique) | NO |
| Fecha De suspensión (si se llevó a cabo) | |
| Fecha De reinicio (si se llevó a cabo) | |
| Cesión / Terminación Anticipada | NO |
| Aseguradora | N/A |
| Garantía de Cumplimiento | N/A |
| Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual | N/A |

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 75%

- Realizar la validación de los RAS de las cuentas de cobro de contratos de prestación de servicios de acuerdo el cargue del drive de cada una de las líneas que componen la Subdirección de vigilancia de Salud Pública, validé y revisé dé cada una de las cuentas de cobro de contratistas profesionales y técnicos delegados para mi revisión la siguiente documentación soportada en el recibo a satisfacción RAS – y Certificado para pago de contratos: fecha de expedición – periodo a certificar – número de contrato – valor del contrato - y pago mensual – pago parafiscales – RPC – fecha de SUPERVISA – y firmas aprobatorias del pago:
 - TOTAL CUENTAS REVISADAS: #165
 - CUENTAS APROBADAS SIN AJUSTES: #120
 - CUENTAS DEVUELTAS – AJUSTADAS Y APROBADAS #45

| | | |
|--|--|------------------------------------|
|  Gobernación de Cundinamarca | GESTIÓN CONTRACTUAL | Código A-GC-FR-017 |
| | Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA | Fecha de Aprobación: 20/09/2024 |

Cuentas revisadas durante el periodo del 14 de julio al 13 de agosto de 2025.

2. Verificar los documentos de acuerdo a la lista de chequeo recepción de documentación cuentas de cobro de los contratos de prestación de servicios de la Subdirección de vigilancia de Salud Pública.

Se verificaron los soportes requeridos para el trámite correspondiente tales como:

1. Certificación bancaria
2. Supervisa
3. Ras
4. Pantallazo SECOP
5. Informe de actividades
6. Evidencias
7. Pago parafiscales del mes correspondiente
8. Otros

Esta información se encuentra archivada en el aplicativo interno de la institución.

3. Alimentar las bases de Seguimiento a los pagos de la subdirección de vigilancia de Salud Pública.

Actualicé y alimenté la base de seguimiento a los pagos de la Subdirección de vigilancia de Salud Pública establecida a través del drive dispuesto por el Supervisor del Contrato, y el aplicativo preestablecido para tal actividad. lo que permite establecer hoja de ruta de la ubicación y situación de cada cuenta de cobro presentada por los contratistas.

4. Contribuir con los trámites administrativos que se deriven de las competencias de la Subdirección de Vigilancia de Salud Pública.

Contribuí con los trámites administrativos de las ciento sesenta y cinco (165) cuentas de cobro requeridas para el correcto flujo de las cuentas de cobros presentadas por los diferentes contratistas de la Subdirección de Vigilancia de Salud Pública.

1. TOTAL CUENTAS REVISADAS: #165

5. Las demás que sean delegadas por el supervisor del contrato.

Participé Cursé y aprobé satisfactoriamente el: Curso de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Participé en las reuniones establecidas por el Supervisor del contrato para establecer la respectiva coordinación y realización de las actividades requeridas para la revisión de las cuentas de cobro de los contratistas. Reuniones realizadas durante el periodo

del 14 de julio al 13 de agosto/2025

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

| DOCUMENTO DE PAGO | FECHA | VALOR |
|-------------------|------------|-------------|
| 3300134838 | 17.03.2025 | \$7,000,000 |
| 3300139006 | 29.04.2025 | \$7,000,000 |
| 3300141256 | 16.05.2025 | \$7,000,000 |
| 3300145209 | 17.06.2025 | \$7,000,000 |
| 3300149349 | 17.07.2025 | \$7,000,000 |

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)


NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EL CONTRATO SE EJECUTA CON NORMALIDAD

| | | |
|--|---|------------------------------------|
|  Gobernación de Cundinamarca | GESTIÓN CONTRACTUAL | Código A-GC-FR-017 |
| | Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA | Fecha de Aprobación: 20/09/2024 |


FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
SUBDIRECTOR TÉCNICO

Bogotá D.C., 14 de AGOSTO de 2025

Cuenta de Cobro No. 006 - 2025

Contrato N° SGCC-CD-PSP- 454 -2025

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA GENERAL Y DE CERCANÍA AL CIUDADANO
NIT: 899.999.114-0

DEBE A:

GONZALO GUZMAN NARANJO
CC. 19.465.942 de BOGOTA

La suma de: *SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$7.000.000).*

POR CONCEPTO:

"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA PARA REALIZAR ACCIONES EN TEMAS ADMINISTRATIVOS" en el periodo comprendido del 14 de JULIO al 13 de AGOSTO de 2025.

Cordialmente,


NOMBRE GONZALO GUZMAN NARANJO
CC. 19.465.942

DIRECCION: CALLE 22 SUR #69-49

TELEFONO : 3125220783

CORREO ELECTRONICO: Gonzalo.Guzman@cundinamarca.gov.co

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA: CAJA SOCIAL

NÚMERO DE CUENTA AHORROS: #24136304467

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES
Del 14 de JULIO al 13 de AGOSTO de 2025

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| No de contrato: SGCC-CD-PSP-454-2025 | Plazo de ejecución: OCHO (08) meses | |
| CDP: 7100062993 del 04 de FEBRERO 2025 | Fuente de recursos del Contrato: Inversión _Funcionamiento_X | |
| Nombre del contratista: GONZALO GUZMAN NARANJO | Informe para pago No. 06 de 8 | |
| Identificación: 19.465.942 | Fecha de reporte: 14 de agosto de 2025 | |
| Teléfono de contacto: 3125220783 | Fecha del Acta de Inicio del Contrato: 14 FEBRERO DE 2025 | |
| Valor total del contrato: \$ 56.000.000 | Fecha prevista de Terminación del Contrato: 13 DE OCTUBRE DE 2025 | |
| Valor del pago del periodo reportado: \$7.000.000 | Entidad prestadora de salud: FAMISANAR | |
| Saldo por ejecutar: \$14.000.000 | Fondo de pensiones: COLPENSIONES | |
| | Aseguradora de riesgos laborales: POSITIVA | |
| Consignación Cuenta Bancaria | | |
| Banco: CAJA SOCIAL | Nº de cuenta: 24136304467 | Tipo de cuenta: AHORROS |

| Obligación No. 1 | | |
|--|------------------------------|----------------------------|
| 1. Realizar la validación de los RAS de las cuentas de cobro de contratos de prestación de servicios de acuerdo el cargue del drive de cada una de las líneas que componen la Subdirección de Vigilancia de Salud Pública. | | |
| Descripción de la Actividad: | | |
| Actividad desarrollada | Fecha de la Actividad | Evidencias Adjuntas |
| <p>validé y revisé de cada una de las cuentas de cobro de contratistas profesionales y técnicos delegados para mi revisión la siguiente documentación soportada en el recibo a satisfacción RAS – y Certificado para pago de contratos: fecha de expedición – periodo a certificar – número de contrato – valor del contrato - y pago mensual – pago parafiscales – RPC – fecha de SUPERVISA – y firmas aprobatorias del pago:</p> <p>1. TOTAL CUENTAS REVISADAS: #165 2. CUENTAS APROBADAS SIN AJUSTES: #120 3. CUENTAS DEVUELTAS – AJUSTADAS Y APROBADAS #45</p> <p>Cuentas revisadas durante el periodo del 14 de julio al 13 de agosto de 2025.</p> | 14 de julio al 13 de agosto | Anexo PDF cuadro en Excel |
| Obligación No. 2 | | |

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES
Del 14 de JULIO al 13 de AGOSTO de 2025

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------------|
| Verificar los documentos de acuerdo a la lista de chequeo recepción de documentación cuentas de cobro de los contratos de prestación de servicios de la Subdirección de vigilancia de Salud Pública. | | |
| Descripción de la Actividad: | | |
| Actividad desarrollada | Fecha de la Actividad | Evidencias Adjuntas |
| Se verificaron los soportes requeridos para el trámite correspondiente tales como: <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificación bancaria 2. Supervisa 3. Ras 4. Pantallazo SECOP 5. Informe de actividades 6. Evidencias 7. Pago parafiscales del mes correspondiente 8. Otros Esta información se encuentra archivada en el aplicativo interno de la institución. | julio 14 al 13 de agosto de 2025 | ANEXO LISTA DE CHEQUEO |
| Obligación No. 3 | | |
| Alimentar las bases de Seguimiento a los pagos de la subdirección de vigilancia de Salud Pública. | | |
| Descripción de la Actividad: | | |
| Actividad desarrollada | Fecha de la Actividad | Evidencias Adjuntas |
| Actualicé y alimenté la base de seguimiento a los pagos de la Subdirección de vigilancia de Salud Pública establecida a través del drive dispuesto por el Supervisor del Contrato, y el aplicativo preestablecido para tal actividad. lo que permite establecer hoja de ruta de la ubicación y situación de cada cuenta de cobro presentada por los contratistas. | Del 14 de julio al 13 de agosto | anexo link del drive |
| Obligación No. 4 | | |
| Contribuir con los trámites administrativos que se deriven de las competencias de la Subdirección de Vigilancia de Salud Pública. | | |
| Descripción de la Actividad: | | |
| Actividad desarrollada | Fecha de la Actividad | Evidencias Adjuntas |

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES
Del 14 de JULIO al 13 de AGOSTO de 2025**

| | | |
|---|---------------------------------|-----------------------|
| Contribuí con los trámites administrativos de las ciento sesenta y cinco (165) cuentas de cobro requeridas para el correcto flujo de las cuentas de cobros presentadas por los diferentes contratistas de la Subdirección de Vigilancia de Salud Pública. 1. TOTAL CUENTAS REVISADAS: #165 | Del 14 de julio al 13 de agosto | Anexo cuadro de excel |
|---|---------------------------------|-----------------------|

| Obligación No. 5 | | |
|--|---------------------------------|---------------------|
| Las demás que sean delegadas por el supervisor del contrato. | | |
| Descripción de la Actividad: | | |
| Actividad desarrollada | Fecha de la Actividad | Evidencias Adjuntas |
| Participé en las reuniones establecidas por el Supervisor del contrato para establecer la respectiva coordinación y realización de las actividades requeridas para la revisión de las cuentas de cobro de los contratistas. Reuniones realizadas durante el periodo del 14 de julio al 13 de agosto/2025 | Del 14 de julio al 13 de agosto | Anexo evidencia |

OBSERVACIONES:


No aplica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Se han cumplido con las obligaciones contractuales.

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.


FIRMA CONTRATISTA
 Nombre: GONZALO GUZMAN NARANJO
 Cedula: 19.465.942
 Celular: 3125220783
 Correo: prensacristiana2011@gmail.com

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------|------------------------|----|
| Identificación | dv | Reazon Social | Clasa Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SERNA e ICBF | No |
| CC 19465942 | | GUZMAN NARANJO GONZALO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 66 #59-31 TORRE 1 APTO 1004 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7745124 | | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
| Periodo | Clave | Planilla | Planilla | Fecha | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | |
| 2023-07 | 1448132851 | 1 | 2023/08/12 | 2023/08/06 | BANCO CAJA SOCIAL | | 0 | 587,700 | |

| 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 | |
| 1 | CC 19465942 | GUZMAN GONZALO | 25-14 | 30 | \$2,800,000 | \$448,000 | EP2017 | 30 | \$2,800,000 | \$330,000 | 14-23 | 30 | \$2,800,000 | \$14,700 | 14-23 | 30 | \$2,800,000 | \$14,700 | \$0 |
| Total Afiliados(1) | | | | | \$2,800,000 | \$448,000 | | | \$2,800,000 | \$330,000 | | | \$2,800,000 | \$14,700 | | | \$2,800,000 | \$14,700 | \$0 |


| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$448,000 | \$0 | \$0 | \$448,000 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$448,000 | \$0 | \$0 | \$448,000 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$14,700 | \$0 | \$0 | \$14,700 | |
| POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$14,700 | \$0 | \$0 | \$14,700 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$330,000 | \$0 | \$0 | \$330,000 | |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | \$330,000 | \$0 | \$0 | \$330,000 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$812,700 | \$0 | \$0 | \$812,700 | |


Verificar planilla


Verifique la validez de un soporte de pago.


Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento Número de documento
Cédula de ciudadanía **19465942**

EPS
FAMISANAR 

Valor aportado a EPS
350000 

Clave de pago
9488132851 

Período de cotización (salud)
2025 **07** 

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

