


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ			CC:	1055962490
CORREO ELECTRÓNICO:	FREDDY300407@YAHOO.ES			TELÉFONO:	3114801532
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 152 114A 21			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91235012907

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5180 2025	N° CDP:	2502	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 6.226.865

 *FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ*
PS_5180_2025_OFED8F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ
CC: 1055962490
CEL: 3114801532

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ

CON C.C N° **1.055.962.490**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5180 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.473.033	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 43.380.493	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SIETE (7) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR: OFELIA GUEVARA GÓMEZ

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 | Conciliaciones contables del mes de julio de 2025. |
| 2 | Imprimir, revisar y cargar novedades del personal de planta en la nómina durante el mes de agosto de 2025. |
| 3 | Generación y revisión de informes de nóminas para el respectivo pago de gasto de 2025. |
| 4 | Proyección gasto presupuestal de nómina vigencia 2026. |
| 5 | Revisión detallada de los conceptos devengados que se liquidan en las nómina quincenal y mensual de agosto de 2025. |
| 6 | Proyección de respuestas a solicitudes, derechos de petición de otras áreas y entidades externas durante el mes de agosto de 2025. |
| 7 | Respuestas a requerimientos del personal y otras áreas de las Subred durante el mes de agosto de 2025. |
| 8 | Revisión seguridad social personal de planta de agosto de 2025. |

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89034083	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2005/08/15	\$ 502.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2005/08/15	\$ 643.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2005/08/15	\$ 98.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.244.300

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 ibr 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



FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ

PS_5180_2025_OFED8F

FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ

CC: 1055962490

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



OFELIA GUEVARA GÓMEZ

PS_5180_2025_OFED8F

OFELIA GUEVARA GÓMEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1055962490	FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ		CL 50 SUR 77 N 15	3114801532	freddy300407@yahoo.es
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	89034083	\$1.244.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	502.800	0		0		0	0	0	0	502.800	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	643.500	0	0	0	0	0	0	0	643.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	98.000				98.000	0	0	98.000			980	98.000	1

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	502.800	502.800
Pensión	1	643.500	643.500
Riesgos Laborales	1	98.000	98.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.244.300	1.244.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1055962490	FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ		CL 50 SUR 77 N 15	3114801532	freddy300407@yahoo.es
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-07	2025-07	\$1.244.300				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1055962490	BUITRAGO PAEZ FREDDY ALONSO	59	0			N																	25-14	4.021.629	643.500	0	0	0	0	EPS005	4.021.629	502.800	14-23	4.021.629	3	98.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA