**CUENTA DE COBRO**

N°. 004 de 2025

**LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ CUNDINAMARCA**

NIT. 890.680.031- 4

DEBE A:

**ANGEL TAPIA LOZANO**

C.C N°. 11.307.169 de Girardot

LA SUMA DE:

**NUEVE MILLONES CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

**$ 9.199.989**

**Por concepto de :** LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE ALIMENTACION DIFUSION Y MATERIALES DIDACTICOS PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD CON LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ EN EL MUNICIPIO DE ARBELAEZ EN LOS MUNICIPIOS DE ARBELAEZ SAN BERNARDO PANDI Y VENECIA, durante el periodo comprendido del uno (01) de junio hasta el treinta (30) de junio del año 2025.

Como soporte de la presente cuenta de cobro, se adjunta el informe de las actividades ejecutadas por el suscrito en ocho (08) folios, así como un (01) CD que se evidencia registro fotográfico y las planillas firmadas que soportan, las mismas el pago de seguridad social del mes de junio de 2025



Nombre y apellidos completos. **Ángel Tapia Lozano**
Nº de cedula de ciudadanía y lugar de expedición. 11.307.169 de Girardot
Dirección de residencia. Calle 144 N° 9 - 89, Apartamento 202, Cedritos
Número de Cuenta **N° 348598459.**
Banco de apertura y lugar de la cuenta **Banco de Bogotá - Girardot**
Teléfono: 3123543526

**INFORME DE ACTIVIDADES**
**CONTRATO Nº 211**
**AÑO 2025**

| **DATOS DEL INFORME** |
|---|
| Fecha de presentación:(15/08/2025) Periodo del Informe: desde el uno (01) de junio hasta el treinta (30) de junio de 2025 |
| Nombre del Contratista: **ANGEL TAPIA LOZANO** |
| Nombre del Supervisor**: DR. SAUL PARRA GARCIA** |
| **DATOS DEL CONTRATO** |
| CONTRATISTA: **ANGEL TAPIA LOZANO**<br>C.C. N°. 11.307.169 de Girardot (Cund) |
| **OBJETO:** LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE ALIMENTACION DIFUSION Y MATERIALES DIDACTICOS PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD CON LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ EN EL MUNICIPIO DE ARBELAEZ, SAN BERNARDO, PANDI Y VENECIA. |
| **Plazo:** CUATRO (04) MESES Y NUEVE (09) DIAS<br><br>**Valor del Contrato:** TREINTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 36.799.977.oo)<br><br>**Fecha de Iniciación:** (21/05/2025) Fecha de Terminación: (30/06/2025) |

| |
|---|
| Porcentaje de ejecución financiera: 100.00% Porcentaje de ejecución en tiempo: 100.00% |
| Modificaciones al contrato: NA<br>Prorroga: NA<br>Valor Adición: NA |
| Porcentaje de ejecución financiera: 00% Porcentaje de ejecución en tiempo: 00% |

| BLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| • El transporte (Transporte de talento Humano interdisciplinario) | • Transporte, alimentación, difusión y materiales didácticos del personal asistencial de las brigadas a las diferentes Veredas de los Municipios de Arbeláez, San Bernardo, Pandi y Venecia. |

**DESAGREGACION DE COSTOS**

| AREA DONDE SE EJECUTA LA ACTIVIDAD | PORCENTAJE DE EJECUCION POR AREA | VALOR |
|---|---|---|
| Área de Salud Publica | 100% | $ 9.199.989,00 |

| PRODUCCION |
|---|

| PRODUCTOS A ENTREGAR | PRODUCTOS ENTREGADOS | % EJECUCION | |
|---|---|---|---|
| Evidencia fotográfica<br>Listado de asistencia<br>Soporte correo electrónico | Evidencia fotográfica<br>Listado de asistencia<br>Soporte correo electrónico | **% DE EJECUCION FINANCIERA**<br>100.00% | **% DE EJECUCIÓN EN TIEMPO**<br>100.00% |

**ANEXOS:**

1. Copia pago planilla seguridad social
2. Evidencias (especificar en qué medio de entrega físico o digita)
3. Formulario de declaración pago seguridad social
4. Formulario de declaración juramentada
5. Pago de seguridad social correspondiente

**ANGEL TAPIA LOZANO**
**Nombre o firma de contratista**

**SAUL PARRA GARCIA**
**Nombre o Firma de supervisor de contrato**

**YURI ALEXANDRA OCHOA LEON**
**Apoyo a la Supervisión**

**CERTIFICACIÓN:**

Yo, **Ángel Tapia Lozano** identificado(a) con CC. N°. 11.307.169 de Girardot (Cund) en cumplimiento al parágrafo 1 del art. 4 del decreto 2271 de junio de 2009, DECLARO BAJO LA **GRAVEDAD DE JURAMENTO**, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal (si se dice falsedades, se expondrá a cárcel de hasta 12 años), en su artículo 442, que los documentos soporte de pago obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el E.S.E. Hospital San Antonio de del Municipio de Arbeláez Cundinamarca

**Nota:**

El art. 18 de la Ley 1122 de 2007 y el art. 23 del decreto 1703 de agosto de 2002, define que los contratistas deben usar como base obligatoria mínima de cotización el equivalente al 40% del valor del pago bruto Mensualizado **proveniente** del contrato de prestación de servicios (si quieren cotizar voluntariamente con una base superior a esa, también pueden hacerlo), y que el decreto 1273 de 2018 señala que los aportes a la seguridad social de trabajadores independientes se deben realizar mes vencido, por periodos mensuales, a través de la planilla integrada de liquidación a Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización; que igualmente en el artículo segundo del señalado decreto, establece que El ingreso base de cotización (IBC) al Sistema de Seguridad Social Integral del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante corresponde mínimo al cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA) cuando a ello haya lugar. En ningún caso el IBC podrá ser inferior al salario mínimo mensual legal vigente ni superior a 25 veces el salaría mínimo mensual legal vigente.

Además, y de acuerdo con las normas de los artículos 18 y 19 de la Ley 100 de 1993, se debe recordar que en ningún caso el ingreso base de cotización que se use podrá ser inferior a un salario mínimo mensual, ni tampoco superior a los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Esta declaración la hago a los veinticinco (25) días del mes de agosto del año dos mil veinticinco (2.025), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extrajuicio), del decreto 19 de 2012, con destino a la E.S.E. Hospital San Antonio de del Municipio de Arbeláez Cundinamarca, para que surta los efectos legales.

Sin otro particular,



NOMBRE Y APELLIDOS. **ANGEL TAPIA LOZANO**
NUMERO DE DOCUMENTO. N° 11.307.169 de Girardot
NUMERO DE TELEFONO. 3123543526

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 11307169 | ANGEL TAPIA LOZANO | Calle 144 9 89 APt 202 | 3123543526 | angeltapialozano8@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | 1 – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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 |
| 87943336 | 04/07/2025 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | N | 25/08/2025 | 89075593 | $604.000 | |

## 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 | | | | | |

**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 | 588.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 15.200 | 0 | 604.000 | 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 | 41 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 41 | 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 | 0 | 0 | 0 |
| Pensión | 1 | 588.800 | 604.000 |
| 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 | 1 | 588.800 | 604.000 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 11307169 | ANGEL TAPIA LOZANO | Calle 144 9 89 APt 202 | 3123543526 | angeltapialozano8@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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 |
| 87943336 | 04/07/2025 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | N | 25/08/2025 | 89075593 | $604.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Sueldo Integral | Estudiante | Cotiz. Exterior | Trabajador Dependiente | INGRESO | RETIRO | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 11307169 | TAPIA LOZANO ANGEL | 59 | 0 | - | - | N | - | - | - | - | - | - | - | X | - | - | - | - | - | - | - | 25-14 | 3.680.000 | 588.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 3.680.000 | 460.000 | 14-23 | 3.680.000 | 3 | 89.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información