
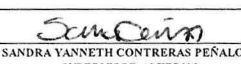
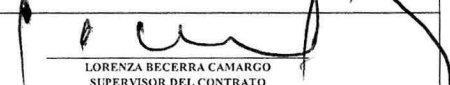
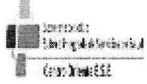


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE PLANILLA DE PAGOS GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 10/15-06-09	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO</b>					
				CON C.C N° 1.070.605.818	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES, EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE CENTRO ORIENTE E.S.E				
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4990 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	03/03/2025	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	2.398.698		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	11.442.910			<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.902.544
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) MESES (0)				
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05				
<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
1	Recibir llamadas de promotores para asignación de citas en proceso de tiempo real				
2	Realizar recordatorios y seguimiento de citas, registrarlos en el aplicativo Gtapps				
3	Actualizar y confirmar los datos personales de los usuarios, así como crear nuevos usuarios en el aplicativo Dinámica.				
4	Asignar citas para médico en casa, analizar la frecuencia de uso por paciente y gestionar citas para pacientes crónicos y PYD				
5	Gestionar y elaborar diferentes bases de datos según las necesidades que se presenten				
6	Realizar el análisis de frecuencia de uso para diferentes tipos de agendamiento de citas				
7	Realizar lectura de lineamientos y procedimiento de agendamiento				
8	Asistir a capacitaciones generales con los líderes de los procesos de la Secretaría de Salud				
9	Realizar el proceso de digitación de carpetas en la base de datos				
10	Apoyar en el proceso de canalizaciones				
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>					
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>					
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/08/2025) AL (31/08/2025)					
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.</b>					
<b>No. DE PLANILLA:</b>	88404419		<b>OPERADOR:</b>	<b>APORTES EN LINEA</b>	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>		
<b>SALUD:</b>	SANTAS EPS	13/08/2025	\$ 178.000		
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR	13/08/2025	\$ 227.800		
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	POSITIVA	13/08/2025	\$ 34.700		
<b>OTRO</b>	MORA	13/08/2025	\$ 2.100		
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 442.600</b>		
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rat) 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.					
<b>VI. ANEXOS</b> (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>			 CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO CC No 1070605818		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>			 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		



**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO	CC:	1070605818
CORREO ELECTRÓNICO:	castillacriscamilo@gmail.com	TELÉFONO:	3151323179
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 103 SUR AP 606	CIUDAD:	BOGOTÁ

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

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 parágrafo 4

Régimen 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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488403359349
--------------------------	------------------	-----------------	---------	------------	--------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Nº DEL CONTRATO:	PS 4990 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.902.544
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO  
C.C 1070605818  
Cel: 3151929179

10:52



← Detalle del movimiento



↑ Envío recibido

De  
Transfiya De Cristian Camilo Cabeza

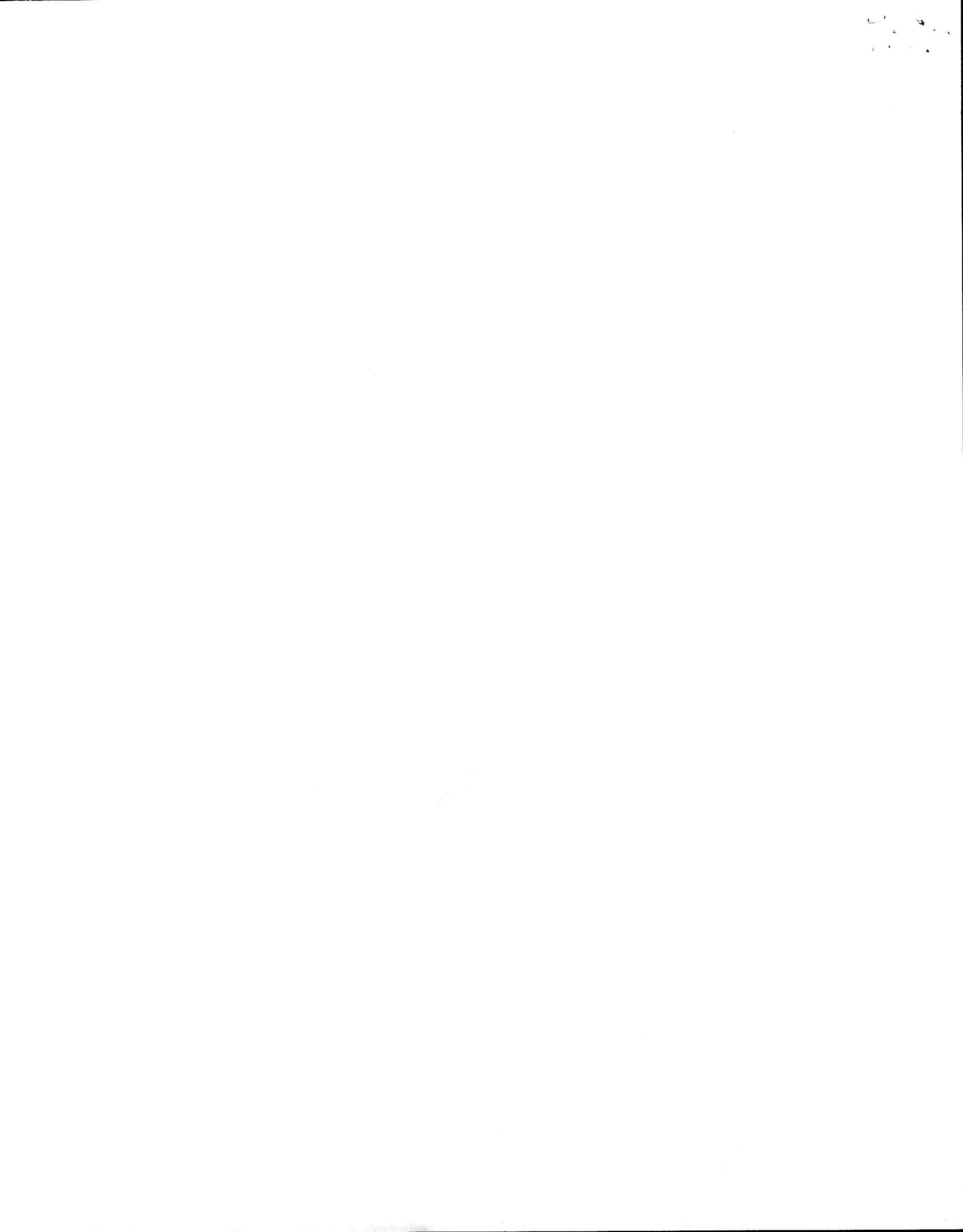
Tipo de envío  
Transfiya

¿Cuánto?  
\$ 442.600,00

Fecha  
13 de agosto de 2025 a las 10:06 a. m.

Referencia  
M4420165





DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070605818	CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO		Kr 43 s 23 5	8883888	castillocriscamilo@gmail.com
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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-07	2025-07	1	13/08/2025	88404419	\$442.600	

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	178.000	0		0		0	7	800	0	178.800	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	
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	7	1.100	0	228.900	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	34.700				34.700	7	200	34.900			347	34.900	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
<b>SENA</b>				
0	7	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	7	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000 ✓	178.800
Pensión	1	227.800 ✓	228.900
Riesgos Laborales	1	34.700 ✓	34.900 ✓
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>442.600</b>

**PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070605818	CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO		Kr 43 s 23 5	8883888	castilllocriscamilo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88404419	\$442.600	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Parentesco	Calificación	Exonerado	IND	RET	ISE	TRE	IMP	UPC	VSP	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONTRIBUCION	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	1070605818	CABEZAS CASTILLO CRISTIAN CAMILO	58	0				N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA