

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ			CC:	1020799920	
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMI.GONZALEZZ@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3192051185	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22J 113 46			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488401199036	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 4240 2025	N° CDP:	1889	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.227.120					



MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ
PS_4240_2025_3B537B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ
CC: 1020799920
CEL: 3192051185

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

MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ

CON C.C N°

1.020.799.920

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN EL AREA DE COSTOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4240 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/14
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.990.512	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 32.126.112	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.227.120
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ
------------------------	----------------------

ITEM	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	Actualización de los costos según las actividades ofertadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
2	Costeo estándar de las actividades realizadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
3	Realizar la distribución de los costos para el cierre contable de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
4	Realizar el costeo de las actividades según la solicitud de las diferentes direcciones asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
5	Realizar la asignación de centro de costos para las OPS (nuevos ingresos) en la matriz de contratación.
6	Realizar la asignación del centro de costos y cuentas contables en la planilla de pagos
7	Actualización de la matriz de centro de costos
8	Apoyo en las actividades del área de costos

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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° 9489238259	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/08/13	\$ 212.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	\$ 271.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 41.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 525.600

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 ibc 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



MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ

PS_4240_2025_3B537B

MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ

CC: 1020799920

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA

PS_4240_2025_3B537B

MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA

SUPERVISOR ALTERNO

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



RONALD AGUILAR GOMEZ

PS_4240_2025_3B537B

RONALD AGUILAR GOMEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020799920		GONZALEZ TELLEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 27 J# 113-46 INT 11 APT0121	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4659829	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1780725204	9490577808	I	2025/09/04	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	\$527,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,690,848	\$270,600			\$1,690,848	\$211,400			\$0	\$0			\$1,690,848	\$41,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,690,848	\$270,600			\$1,690,848	\$211,400			\$0	\$0			\$1,690,848	\$41,200		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,690,848	\$270,600			\$1,690,848	\$211,400			\$0	\$0			\$1,690,848	\$41,200		\$0	\$0
1	CC 1020799920	GONZALEZ MARIA	25-14	30	\$1,690,848	\$270,600	EPS010	30	\$1,690,848	\$211,400	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,690,848	\$41,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,690,848	\$270,600			\$1,690,848	\$211,400			\$0	\$0			\$1,690,848	\$41,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020799920		GONZALEZ TELLEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 27 J# 113-46 INT 11 APT0121	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4659829	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1780725204	9490577808	I	2025/09/04	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	\$527,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$270,600	\$2,100	\$0	\$272,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$270,600	\$2,100	\$0	\$272,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,200	\$400	\$0	\$41,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$41,200	\$400	\$0	\$41,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$211,400	\$1,600	\$0	\$213,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$211,400	\$1,600	\$0	\$213,000
TOTAL				1	\$523,200	\$4,100	\$0	\$527,300