

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA			CC:	1014270664
CORREO ELECTRÓNICO:	CCAMILORFR@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3142030112
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 64A 105 17			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4862005996

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4501 2025	N° CDP:	2764	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 4.204.872



CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA  
PS\_4501\_2025\_DD20A1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA  
CC: 1014270664  
CEL: 3142030112

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

**CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA**

**CON C.C N°**

**1.014.270.664**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 2230116/2023 ENTERRITORIO

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 4501 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/02/03</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 12.334.291	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 37.563.523	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.204.872
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** NUEVE (9) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LORENSA BECERRA CAMARGO

**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	Estuve presente en la reunión de articulación de actividades con la Fundación Eudes para el alcance de la meta mensual del proyecto el día 3 de septiembre del 2025.
2	Participé en las reuniones semanales de planeación de los cronogramas de las actividades de tamizaje organizadas por el coordinador del convenio en las cuales se definieron los acompañamientos a las jornadas extramurales. Dichas reuniones se llevaron a cabo el 1, 8, 16, 22 y 29 de septiembre en el Centro de Salud Samper Mendoza.
3	Asistí a las actividades extramurales indicadas por el coordinador en las cuales apoyé la gestión del equipo de terreno e hice acompañamiento a los usuarios que lo solicitaron para despejar dudas de prevención del VIH y otras ITS. También brindé retroalimentación a los nuevos integrantes del equipo frente a la asesoría de prueba voluntaria y el diligenciamiento correcto de los formatos 1 y 2.
4	He usado el carné de la Subred Centro Oriente y el chaleco de ENTerritorio en las actividades extramurales del equipo.
5	Las barreras del proceso de canalización han sido informadas al coordinador del convenio a su debido tiempo y se ha procedido a la ejecución de acciones para superarlas.
6	Se brindó asesoría a un usuario interesado en iniciar la atención en Prep que se acercó al centro de salud Samper Mendoza.
7	Acompañé el proceso de agendamiento de las jornadas extramurales a través de la WebApp Te Cuidamos y de la app Grindr. También recibí solicitudes de atención a través de WhatsApp y brindé la información correspondiente para que los usuarios pudieran acceder a las actividades de prevención del convenio.
8	Apoyé la revisión de los formatos diligenciados por el equipo para garantizar la calidad del dato en el diligenciamiento del Form 02, Form 3 y la ficha de notificación 850. La información recolectada a través de los seguimientos fue registrada en los formatos definidos por Enterritorio y cargada al aplicativo SISCO-SSR en los tiempos establecidos por Enterritorio durante la capacitación de los profesionales psicosociales.
9	Durante este mes se trabajó en la vinculación de algunos casos con barreras estructurales para el acceso al tratamiento. Algunos fueron remitidos a grupos de apoyo, solicitud de encuesta de Sisbén y ferias de servicios para migrantes con la Fundación Eudes.
10	La base de datos es manejada únicamente por los profesionales psicosociales para el seguimiento de los casos. La información es analizada para la realización de informes de seguimientos y es guardada como archivo encriptado para que pueda ser abierto únicamente con clave.
11	Hice el reporte de los casos positivos que fueron confirmados con dos pruebas rápidas en las actividades de terreno a través de la ficha de notificación 850 del SIVIGILA. Asimismo, se hizo el diligenciamiento en el aplicativo bajo la UI del convenio y el envío del reporte de las semanas epidemiológicas 35, 36, 37, 38 y 39, cada lunes antes de las 12 del medio día.
12	Brindé asesoría a las personas diagnosticadas con VIH que aceptaron la canalización a los servicios de salud en las actividades extramurales del equipo de la Subred Centro Oriente, hice contención emocional a quienes lo requerían, informé acerca de la ruta de atención para el ingreso al programa de atención integral y registré los seguimientos en el módulo de canalización de SISCO-SSR siguiendo los lineamientos del equipo local de ENTerritorio.
13	Activé la ruta del total de los usuarios que aceptaron el proceso de canalización con EAPB como Capital Salud, Coosalud, Famisanar, Mutual Ser, Nueva EPS, Salud Total y Sanitas; así como con la IPS Infectoclínicos siguiendo los lineamientos dados por el equipo local de ENTerritorio. Realicé seguimiento con algunas EAPB e IPS para la confirmación de la asistencia a las citas, las fechas de atención y los nombres de los esquemas de tratamiento antirretroviral.
14	Los seguimientos realizados fueron registrados en los formatos 3 de cada usuario de manera escrita y fueron actualizados en el Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud Sexual y Reproductiva SISCO-SSR de acuerdo con los lineamientos brindados en la capacitación de Enterritorio.

15	Hice acompañamiento psicosocial y trabajé en la contención emocional de aquellas personas que lo requerían. Estos acompañamientos se realizaron principalmente por vía telefónica, aunque algunos se hicieron de manera presencial en el Centro de Salud Samper Mendoza con agendamiento previo de lunes a viernes.
16	Con apoyo de la coordinación se han dispuesto dos espacios de confidencialidad en las carpas donde se brinda la atención a los beneficiarios para la recolección de los datos de cada usuario. De igual manera, se ha contado con un espacio confidencial para la atención de los beneficiarios atendidos en el Centro de Salud Samper Mendoza.
17	Realicé el acompañamiento para el aseguramiento de dos usuarios que no contaban con una afiliación activa en el SGSSS. Adicionalmente, se brindó la información del proceso a algunas personas tamizadas en el Samper Mendoza que no contaban con aseguramiento.
18	Se hizo la canalización a las agencias de cooperación que brindan el acompañamiento para la regularización de los usuarios migrantes sin PPT ni salvoconducto. Además se brindó información correspondiente al permiso de menores para aquellas personas que solicitaron la información.
19	Acompañé dos jornadas extramurales, tanto en carpa como en lugar, con el objetivo de optimizar los resultados del equipo y buscando el cumplimiento de las metas de tamizaje y entrega de paquetes de prevención.
20	Asistí a las capacitaciones realizadas por el equipo de SiviGila sobre los eventos de interés en salud pública y los lineamientos de georreferenciación.
21	Entregué paquetes de prevención y autotest siguiendo los lineamientos establecidos por Enterritorio y devolví los insumos que no se utilizaron el día de cierre de inventarios el 30 de septiembre.
22	Asistí a las reuniones programadas por el coordinador del convenio para la planeación de actividades, la revisión de los formatos SISCO-SSR y las fichas 850 diligenciadas por los auxiliares de enfermería. Hice la retroalimentación correspondiente a los miembros del equipo que lo requerían y realicé actividades educativas para reforzar los conocimientos del equipo.

### 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89164042	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/17	\$ 210.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/17	\$ 269.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/17	\$ 41.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 521.300


### 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 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	
	<p>CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA PS_4501_2025_DD20A1 CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA CC: 1014270664</p>

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*JOHN MARIO GAMA GONZALEZ*

*PS\_4501\_2025\_DD20A1*

**JOHN MARIO GAMA GONZALEZ**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*LORENSA BECERRA CAMARGO*

*PS\_4501\_2025\_DD20A1*

**LORENSA BECERRA CAMARGO**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014270664	CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA		CALLE 64 A # 105 - 17	3142030112	ccamilorfr@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	
2025-08	2025-08	I	17/09/2025	89164042	\$521.300	

## 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	210.300	0		0		0	2	300	0	210.600	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	269.200	0	0	0	0	2	400	0	269.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	41.000				41.000	2	100	41.100			410	41.100	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	2	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	2	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	210.300	210.600
Pensión	1	269.200	269.600
Riesgos Laborales	1	41.000	41.100
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>520.500</b>	<b>521.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014270664	CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA		CALLE 64 A # 105 - 17	3142030112	ccamilorfr@gmail.com
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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	17/09/2025	89164042	\$521.300		

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1014270664	RONCANCIO FRESNEDA CRISTIAN CAMILO	59	0		N																	230301	1.681.949	269.200	0	0	0	0	EPS005	1.681.949	210.300	14-11	1.681.949	3	41.000		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



**PSE - Transacción Aprobada  CUS 1783534124**

1 message

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
To: CCAMILORFR@gmail.com

Wed, Sep 17, 2025 at 10:13 AM



**¡Hola, CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA!**

**Estado de la Transacción:** Aprobada 

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 521.300

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social






**Fecha de la transacción:** 17/09/2025

**CUS:** 1783534124

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
-  Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

**\*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:**

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."