

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO			CC:	1030685132	
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILO.LEGUIZAMON@OUTLOOK.COM			TELÉFONO:	3013744592	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49 80D 31 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24064953096	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5115 2025	N° CDP:	1916	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.226.865					



CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO
PS_5115_2025_745100-2025-07-15 09:59:07

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO

CC: 1030685132

CEL: 3013744592

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO

CON C.C N° 1.030.685.132

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5115 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/03/20
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 21.171.341	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	---------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.625.071	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
------------------------	---------------------------------

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	Creación de órdenes de compra según las necesidades asistenciales con relación a insumos y dispositivos médico quirúrgico en estado sin contrato.
2	Apoyar técnicamente a las áreas de adquisiciones y compras en la consecución de los insumos medico quirúrgicos.
3	Evaluación y realización de evaluación técnica y experiencia económica según proceso publicados por SECOP II para la adquisición de insumos y dispositivos médico quirúrgicos
4	Realización y gestión de cajas menores solicitadas durante el mes con relación a las necesidades asistenciales para el rubro de dispositivos médico quirúrgicos, sin existencia y sin contrato
5	Elaboración y seguimiento a la recepción técnica de los insumos y dispositivos médico quirúrgico entregados por los oferentes para toda la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
6	Respuestas a las alternativas técnicas presentadas por los oferentes en estado de contrato con relación a las necesidades asistenciales
7	Seguimiento a los procesos como invitaciones a cotizar, órdenes de compra y convocatoria pública
8	Gestión referente a las necesidades asistenciales correspondientes a la no existencia de los insumos y dispositivos médico quirúrgicos
9	Evaluación a procesos de orden de compra EM-080-2025 Y EM-058-2025
10	Elaboración convocatoria pública con 785 ítems con descripciones, apoyos tecnológicos y compatibilidades para el proceso de insumos y dispositivos médico quirúrgicos
11	Se Realiza entrega de informe mensual de sus actividades al supervisor del contrato para certificación en el cumplimiento de las mismas.

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9488008226	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/09	\$ 311.600

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/09	\$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/09	\$ 60.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 770.900
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	 CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO PS_5115_2025_745100-2025-07-15 09:59:07 CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO CC: 1030685132		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN PS_5115_2025_745100-2025-07-16 20:38:08 MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030685132		LEGUIZAMON ARGUELLO CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 49 80D-31 SUR BARRIO ALMENAR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013744598	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-06	2025-06	1615170006	9488008226	I	2025/07/08	2025/07/09	BANCO CAJA SOCIAL	\$771,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400			\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400			\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400			\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700	
1	CC	1030685132	LEGUIZAMON CRISTIAN	230301	30	\$2,490,746	\$398,600	EPS005	30	\$2,490,746	\$311,400	0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,490,746	\$60,700	0
Total Afiliados(1)					\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400			\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030685132		LEGUIZAMON ARGUELLO CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 49 80D-31 SUR BARRIO ALMENAR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013744598	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1615170006	9488008226	I	2025/07/08	2025/07/09	BANCO CAJA SOCIAL	1	\$771,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$398,600	\$300	\$0	\$398,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$398,600	\$300	\$0	\$398,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,700	\$100	\$0	\$60,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$60,700	\$100	\$0	\$60,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$311,400	\$200	\$0	\$311,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$311,400	\$200	\$0	\$311,600	
TOTAL				1	\$770,700	\$600	\$0	\$771,300	