

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
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:	2503	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/20	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	\$ 6.226.865					
 CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO PS_5115_2025_FED8A5 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:	\$ 46.078.801	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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	APOYAR EN LA CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DEL ÁREA DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EN INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS.
2	PRESTAR SUS SERVICIOS DE MANERA CORTES, HUMANA, CÁLIDA EN LAS DIFERENTES ÁREAS Y SERVICIOS DONDE PRESTE SUS ACTIVIDADES.
3	PRESENTAR PLANILLA DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE AL CERTIFICADO.
4	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE SE PRESENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.
5	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, GESTIÓN AMBIENTAL Y CALIDAD CON EL FIN DE DISMINUIR LOS RIESGOS.
6	REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y APOYO TÉCNICO A LOS DIFERENTES GRUPOS TERAPÉUTICOS LIDERANDO EL COMITÉ TÉCNICO EVALUADOR.
7	APOYAR A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA GESTIÓN DE LOS SUBPROCESOS CUANDO ASI LO REQUIERA.
8	PRESENTAR INFORMES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL ÁREA.
9	PARTICIPAR Y ADHERIRSE A LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS INTERNOS Y EXTERNOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL.
10	ASEGURAR LA ADECUADA Y RACIONAL UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SUBRED Y DEMÁS EQUIPOS Y ELEMENTOS QUE SEAN UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
11	MANTENER LA RESERVA Y DISCRECIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE POR SU ACTIVIDAD LLEGARE A CONOCER.
12	APOYAR EN LA GESTIÓN RELACIONADA CON LA DISPOSICIÓN DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, EN SUS FASES DE PLAN ACCIÓN, SELECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN, ACORDE CON SU PERFIL Y EXPERTICIA, EN LOS ALMACENES Y FARMACIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
13	GESTIONAR EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES LA DISPONIBILIDAD COLECTIVA DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS, CON EL FIN DE SOLICITAR OPORTUNAMENTE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS.
14	REALIZAR LA PROYECCIÓN, VERIFICAR LAS EXISTENCIAS Y CONSOLIDAR LAS NECESIDADES DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS EN LAS UNIDADES PARA GARANTIZAR UN ADECUADO ABASTECIMIENTO DE LOS ELEMENTOS EN LOS SERVICIOS Y ÁREAS
15	MANTENER EL ARCHIVO DOCUMENTAL ORGANIZADO.
16	APOYAR TÉCNICAMENTE A LAS ÁREAS DE ADQUISICIONES Y COMPRAS EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS.
17	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.
18	GARANTIZAR LA APLICACIÓN A LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADA DE GESTIÓN DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED, POR MEDIO DE AUDITORÍAS Y LISTAS DE CHEQUEO.
19	VERIFICAR QUE LOS DOCUMENTOS ELABORADOS EN LA MODALIDAD DE: ORDEN DE COMPRA, CAJA MENOR Y ESTUDIO DE MERCADO CUMPLAN CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA SU ADQUISICIÓN.
20	VERIFICAR ESTADO DE INVENTARIOS, PROMEDIOS Y STOCK MÍNIMO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTO COMO ORDEN DE COMPRA, CAJA MENOR Y ESTUDIO DE MERCADO CON INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRÚRGICOS SIN CONTRATO E INFORMAR ALERTA A LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS.

21	REALIZAR EN LA MODALIDAD DE PRÉSTAMO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS SEGÚN NECESIDAD DE URGENCIA PRIORITARIA Y URGENCIA VITAL EL PROCESO CORRESPONDIENTE INTERINSTITUCIONAL Y EXTRA INSTITUCIONAL PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS A NIVEL HOSPITALARIO.
22	APOYAR LAS ACTIVIDADES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
23	LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE SE ENCUENTREN RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

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° 9490724116	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/11	\$ 311.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	\$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 60.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 770.700

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 ningún 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_FED8A5 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_FED8A5 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
2025-08	2025-08	1769422210	9490724116	I	2025/09/08	2025/09/11	BANCO CAJA SOCIAL	\$772,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
RIESGOS					PARAFISCALES														
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	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,490,746	\$398,600			\$2,490,746	\$311,400			\$0	\$0			\$2,490,746	\$60,700	\$0
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	\$0
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	\$0

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
2025-08	2025-08	1769422210	9490724116	I	2025/09/08	2025/09/11	BANCO CAJA SOCIAL	3	\$772,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$398,600	\$800	\$0	\$399,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$398,600	\$800	\$0	\$399,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,700	\$200	\$0	\$60,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$60,700	\$200	\$0	\$60,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$311,400	\$600	\$0	\$312,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$311,400	\$600	\$0	\$312,000
TOTAL				1	\$770,700	\$1,600	\$0	\$772,300