

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

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 6309 2025	N° CDP:	2692	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y VEINTE (20) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/12 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.677.176					



MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ
PS_6309_2025_086201

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 PROFESIONALES 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 6309 2025** **FECHA INICIO CONTRATO** **2025/09/11**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ **7.045.200** **No. HORAS EJECUTADAS** **0**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ **7.045.200** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **2.677.176**

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (1) MES Y VEINTE (20) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR: RONALD AGUILAR GOMEZ

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 relacionadas en el manual tarifario SOAT.
2	Costeo estándar de las actividades realizadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
3	Actualización de inductores acorde a la normatividad vigente de costos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
4	Costeo de las actividades para la negociación del PGP para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
5	Realizar la distribución de los costos para el cierre contable de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
6	Realizar el costeo de las actividades según la solicitud de las diferentes direcciones asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
7	Realizar la asignación de centro de costos para las OPS (nuevos ingresos) en la matriz de contratación.
8	Realizar la asignación del centro de costos y cuentas contables en la planilla de pagos
9	Actualización de la matriz de centro de costos
10	Realizar el cargue de la información de las OPS al aplicativo de dinamica gerencia, con el fin de parametrizar el modulo 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 (2025-09-12) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490577808	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/16	\$ 211.358
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/16	\$ 270.538
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/16	\$ 41.190
OTRO			

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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_6309_2025_086201

MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ

CC: 1020799920

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA

PS_6309_2025_086201

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_6309_2025_086201

RONALD AGUILAR GOMEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

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	Dias Mora	
2025-09	2025-09	1850719280	9492047282	I	2025/10/06	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	8	
									\$526,000

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	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	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	Dias Mora	Valor
2025-09		1850719280	9492047282	I	2025/10/06	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	8	\$526,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$270,600	\$1,400	\$0	\$272,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$270,600	\$1,400	\$0	\$272,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,200	\$300	\$0	\$41,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$41,200	\$300	\$0	\$41,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$211,400	\$1,100	\$0	\$212,500	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$211,400	\$1,100	\$0	\$212,500	
TOTAL				1	\$523,200	\$2,800	\$0	\$526,000	

Planilla Resumen

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 APTO121		BOGOTA-BOGOTA D.E.		4659829		No																	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			Total Aportes										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte		Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
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	2.436%	\$41,200	0	\$0	\$0	No	\$523,200
Total Afiliados(1)																						\$1,690,848	\$270,600	\$1,690,848	\$211,400	\$0	\$0	\$1,690,848	\$41,200	\$0	\$0	\$523,200										

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1925679849	9493466664	I	2025/11/07	2025/11/13	BANCO DAVIVIENDA	6	\$525,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$270,600	\$1,100	\$0	\$271,700	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$270,600	\$1,100	\$0	\$271,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,200	\$200	\$0	\$41,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$41,200	\$200	\$0	\$41,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$211,400	\$800	\$0	\$212,200	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$211,400	\$800	\$0	\$212,200	
TOTAL				1	\$523,200	\$2,100	\$0	\$525,300	