

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS			CC:	1014250981
CORREO ELECTRÓNICO:	PLOGMIGUEL@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3044205481
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 105 72 32			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488436665829
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7337 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.487.740	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS PS_7337_2025_0DAB68 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS CC: 1014250981 CEL: 3044205481					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS

CON C.C N° 1.014.250.981

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7337 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.000.056	No. HORAS EJECUTADAS	73
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.350.012	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.487.740
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
---	---------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
------------------------	---------------------------

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	1. REALIZO LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN.
2	2. PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES SOBRE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE INTERVENCIONES LOS DIAS 19 DE NOVIEMBRE, 21 DE NOVIEMBRE, 24 DE NOVIEMBRE, 27 DE NOVIEMBRE PARA LA CAPACITACION EN EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA.
3	3. VERIFIQUÉ QUE LA PERSONA A VALORAR ESTÉ PREVIAMENTE CARACTERIZADA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GTAPS EN MODALIDAD EXTRAMURAL Y REALIZO LA ATENCIÓN CORRESPONDIENTE EN MODALIDAD EXTRAMURAL, REGISTRANDO LA INFORMACIÓN EN LOS MEDIOS SOLICITADOS POR EL JEFE DE LOCALIDAD SEGÚN HALLAZGOS Y RIESGOS, PREVIA FACTURACIÓN Y CARGUE DE AGENDA.
4	4. PRESTÉ MIS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES.
5	REALICÉ ACCIONES DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL JUEGO, LA RECREACIÓN, EL DESARROLLO PSICOMOTOR, FÍSICO Y COGNITIVO, ASÍ COMO SOBRE LA PREVENCIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS Y EL SEDENTARISMO, PROMOVRIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
6	REALICÉ ACCIONES DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y ACTIVIDAD FÍSICA RESPONSABLE.
7	ELABORÉ Y CONCIENTO EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR.
8	PRESENTÉ MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y, AL FINALIZAR EL MES, ENTREGO EL INFORME CORRESPONDIENTE CON LAS ACCIONES EJECUTADAS.
9	APOYO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y SOPORTES SOLICITADOS CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS.
10	REALIZO LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL NECESARIA DESDE MI PERFIL PROFESIONAL, SEGÚN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES.
11	DESARROLLÉ PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, CONFORME A MI SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL Y A LOS REQUERIMIENTOS TRANSVERSALES.
12	REALICÉ LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES E INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE MIS INTERVENCIONES, CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.
13	PARTICIPO EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS, CONFORME A LOS PROCESOS ASIGNADOS Y A LAS METAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEFINIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS LOS DIAS LOS DIAS 19 DE NOVIEMBRE, 21 DE NOVIEMBRE, 24 DE NOVIEMBRE, 27 DE NOVIEMBRE.
14	ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, BRINDO ASISTENCIA COMO PRIMER RESPONDIENTE, ACTIVO LA LÍNEA 123, ACOMPAÑO A LA PERSONA HASTA LA LLEGADA DEL EQUIPO DE RESPUESTA Y SIGO LAS INDICACIONES DEL CRUE; REGISTRO LA EVOLUCIÓN HORA A HORA CUANDO CORRESPONDE.
15	PARTICIPO EN ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y ADMINISTRATIVAS; ASISTO A CAPACITACIONES, COMITÉS Y CONVOCATORIAS; Y ENTREGO LOS SOPORTES Y CERTIFICACIONES CORRESPONDIENTES.

16	DILIGENCIO LOS FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y ENVÍO LOS SOPORTES DE ACTIVIDADES REALIZADAS, INCLUYENDO EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DEMÁS REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL.
17	OPERO, MANEJO Y RESPONDO POR EL CUIDADO ADECUADO DE LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO Y DEMÁS ELEMENTOS ASIGNADOS, REALIZANDO SU ENTREGA AL FINALIZAR EL CONTRATO.
18	USO LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS BAJO RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, EVITANDO COMPARTIRLOS Y ENTREGÁNDOLOS AL FINALIZAR EL CONTRATO JUNTO CON LOS SOPORTES REQUERIDOS.
19	REALIZO TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR, CONFORME A LA RESOLUCIÓN 1499 DE 2024 Y SUS MODIFICACIONES.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91446948	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/13	\$ 280.546
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/13	\$ 359.098
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	\$ 54.672
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 694.316

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	 MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS PS_7337_2025_0DAB68 MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS CC: 1014250981
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7337_2025_0DAB68 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.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
91446948	13/11/2025				EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
2025-10	2025-10	N	27/11/2025	91738983	0
					TOTAL A PAGAR
					\$58.800

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					

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

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	58.500				58.500	6	300	58.800			585	58.800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	58.500	58.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	58.500	58.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.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
91446948	13/11/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	N	27/11/2025	91738983	\$58.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de riesgo	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1014250981	DUARTE CELIS MIGUEL ANGEL	59	0		N	R																		25-14	2.400.022	384.100	0	0	0	0	EPS017	2.400.022	300.100	14-11	2.400.022	3	58.500	CCF24	2.400.022	14.500	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.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
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91446948	\$698.700

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	300.100	0		0		0	0	0	0	300.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.100	0	0	0	0	0	0		384.100	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										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	14.500	0	0
					Total a Pagar		14.500	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.100	300.100
Pensión	1	384.100	384.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	14.500	14.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	698.700	698.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91446948	\$698.700

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1014250981	DUARTE CELIS MIGUEL ANGEL	3	0		N																		25-14	2.400.022	384.100	0	0	0	0	0	EPS017	2.400.022	300.100		0		0	CCF24	2.400.022	14.500	0	0	0	0	0

PAGADA