

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.204.872
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA
PS_4501_2025_E8A716

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

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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.334.291	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 41.768.395	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.204.872
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DIEZ (10) MESES

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANA MARGARET RABA SIERRA

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. APOYAR LA ELABORACIÓN DE LA PLANEACIÓN/CRONOGRAMAS Y LAS FICHAS TÉCNICAS CON LAS METODOLOGÍAS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CONVENIO.
 1.1 Actividades desarrolladas: Las fichas técnicas fueron construidas desde el inicio de la subvención en el 2023 y desde entonces se han seguido los lineamientos para la realización de las actividades de prevención. Adicionalmente, participé en las reuniones semanales de planeación de los cronogramas de las actividades de tamizaje organizadas por el coordinador del convenio. Dichas reuniones se llevaron a cabo el 4, 10, 18 y 24 de noviembre en el auditorio 1 del Centro de Salud Samper Mendoza.
 1.2 Productos: Fichas técnicas de Enterritorio. Actas de reunión semanal.

2 2. ASISTIR A LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES PRIORIZADAS CON EL COORDINADOR DEL CONVENIO, SEGÚN INDICADORES DE EFECTIVIDAD (MAYOR IDENTIFICACIÓN DE REACTIVOS), PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ENTREGA DE RESULTADOS.
 2.1 Actividades desarrolladas: Acompañé las actividades de tamizaje realizadas en el centro de salud Samper Mendoza en las cuales entregué autotest de VIH, brindé asesoría psicosocial a un caso positivo diagnosticado en las actividades y brindé asesoría de prevención en VIH.
 2.2 Productos: Form 2. Actividades de prevención y promoción. SISCO-SSR.

3 3. BRINDAR ASESORÍA PERSONALIZADA A LOS USUARIOS DIAGNOSTICADOS CON VIH POR LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN POBLACIÓN CLAVE, PARA FORTALECER SU PROCESO DE ACEPTACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, CUANDO SEA REQUERIDO; REGISTRANDO ESTAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y COLECTIVAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SISCO-SSR).
 3.1 Actividades desarrolladas: 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 durante noviembre, 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.
 3.2 Productos: Form 3. Canalización a servicios de salud. SISCO-SSR.

4 4. REALIZAR LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA Y MONITOREAR LA CANALIZACIÓN EFECTIVA DEL 100% DE LOS USUARIOS DIAGNOSTICADOS POR EL PROYECTO, QUE ACEPTAN ACOMPAÑAMIENTO.
 4.1 Actividades desarrolladas: Activé la ruta del total de los usuarios que aceptaron el proceso de canalización con EAPB como Capital Salud, Famisanar, 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 de casos diagnosticados en meses anteriores.
 4.2 Productos: Form 3. Canalización a servicios de salud. SISCO-SSR.

5 5. REGISTRAR LOS SEGUIMIENTOS REALIZADOS AL USUARIO CANALIZADO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR ENTERRITORIO Y REALIZAR MESAS DE TRABAJO CON LAS EAPB O INSTITUCIONES PARA COMPLETAR LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ACCESO A LOS SERVICIOS.
 5.1 Actividades desarrolladas: Registré los seguimientos en los formatos 3 de cada usuario de manera escrita y digité la información actualizada 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. Hice seguimiento con las diferentes EAPB por medio de correo electrónico. Los casos cerrados han sido archivados según los lineamientos técnicos.
 5.2 Productos: Form 3. Canalización a servicios de salud. SISCO-SSR.

6	<p>6. REALIZAR LOS PROCESOS DE CONTENCIÓN QUE SE REQUIERAN A LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO POSITIVO.</p> <p>6.1 Actividades desarrolladas: 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.</p> <p>6.2 Productos: Form 3. Canalización a servicios de salud. SISCO-SSR.</p>
7	<p>7. GESTIONAR UN ESPACIO QUE BRINDE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD PARA REALIZAR EL LEVANTAMIENTO/REGISTRO DE LA INFORMACIÓN (FORMATOS SISCO-SSR) EN LAS ACTIVIDADES EXTRA E INTRAMURALES, ACOGIENDO TODOS LOS REQUERIMIENTOS DEFINIDOS EN LAS FICHAS TÉCNICAS Y EN LA NORMATIVIDAD PARA LAS ASESORÍAS PREVIAS Y ENTREGA DE RESULTADOS.</p> <p>7.1 Actividades desarrolladas: 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.</p> <p>7.2 Productos: Actas de reunión.</p>
8	<p>8. REALIZAR EN ARTICULACIÓN CON EL PERSONAL DE LA SUBRED, LA CANALIZACIÓN Y EL APOYO AL PROCESO DE ASEGURAMIENTO PARA NACIONALES Y VENEZOLANOS REGULARIZADOS QUE NO ESTÉN ASEGURADOS.</p> <p>8.1 Actividades desarrolladas: Realicé el acompañamiento para el aseguramiento de un usuario que no contaba 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.</p> <p>8.2 Productos: Form 3. Canalización a servicios de salud. SISCO-SSR.</p>
9	<p>9. APOYAR EL PROCESO DE REGULARIZACIÓN DE USUARIOS MIGRANTES VENEZOLANOS QUE LO REQUIERAN.</p> <p>9.1 Actividades desarrolladas: 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 y el PEP Tutor para aquellas personas que solicitaron la información.</p> <p>9.2 Productos: Form 3B. Canalización a servicios de protección social. SISCO-SSR.</p>
10	<p>10. ACOMPAÑAR ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR EL PROYECTO.</p> <p>10.1 Actividades desarrolladas: Acompañé las actividades realizadas en el Centro de Salud Samper Mendoza y lideré dos actividades educativas en las cuales hablé de prevención combinada, uso del autotest de VIH y la importancia de un diagnóstico previo.</p> <p>10.2 Productos: Form 2. Actividades de prevención y promoción. SISCO-SSR.</p>
11	<p>11. ACOMPAÑAR LOS PROCESOS DE AGENDAMIENTO Y PROMOCIÓN DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN HABILITADOS EN LA CIUDAD PARA LA OFERTA DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE VIH.</p> <p>11.1 Actividades desarrolladas: 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 para el acceso a la máquina dispensadora de autotest de VIH y brindé la información correspondiente para que los usuarios pudieran acceder a las actividades de prevención del convenio.</p> <p>11.2 Productos: Informe de Te Cuidamos Noviembre 2025</p>
12	<p>12. REGISTRA Y PRESENTAR CON LA PERIODICIDAD DEFINIDA POR ENTERRITORIO, LOS DATOS DE PERSONAS CANALIZADAS A LA ATENCIÓN, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO RESPECTIVO, EN LOS INSTRUMENTOS DE CAPTURA DE INFORMACIÓN, PARA SU REPORTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y COLECTIVAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SISCO-SSR), VALIDACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS Y CONSOLIDACIÓN REPORTE DE ALCANCE DE METAS.</p> <p>12.1 Actividades desarrolladas: 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.</p> <p>12.2 Productos: Form 3. Canalización a servicios de salud. SISCO-SSR.</p>
13	<p>13. APOYAR EN LA FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS LOCALES PARA EL ABORDAJE A POBLACIÓN CLAVE Y PARA MEJORAR EL SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS CASOS ENCONTRADOS COMO REACTIVOS Y QUE FUERON CANALIZADOS PARA LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR LOS SERVICIOS DE SALUD.</p> <p>13.1 Actividades desarrolladas: 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.</p> <p>13.2 Productos: Form 3. Canalización a servicios de salud. SISCO-SSR.</p>
14	<p>14. CUSTODIAR LA BASE DE DATOS DE CANALIZACIÓN, GARANTIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN</p> <p>14.1 Actividades desarrolladas: 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.</p> <p>14.2 Productos: Reporte de Canalizaciones SISCO-SSR encriptada</p>
15	<p>15. ACOMPAÑAR A LA PERSONA ENCARGADA DE LA CANALIZACIÓN DE LOS USUARIOS REACTIVOS IDENTIFICADOS EN ACCIONES FINANCIADAS POR EL PIC Y OTRAS ACTIVIDADES DIFERENTES AL PROYECTO PARA LA ABSORCIÓN DE LA RUTA DE CANALIZACIÓN POR LA ENTIDAD TERRITORIAL.</p> <p>15.1 Actividades desarrolladas: Se hizo una articulación con la líder de la ruta de transmisibles para la verificación de los casos con mayores dificultades en la canalización desde el año 2024 y se continúa trabajando en conjunto desde entonces.</p> <p>15.2 Productos: Acta de reunión.</p>
	<p>16. CONSOLIDAR Y SUMINISTRAR LA INFORMACIÓN MENSUAL DEL ESTADO DE CANALIZACIÓN DE USUARIOS IDENTIFICADOS CON RECURSOS PIC Y CON FINANCIACIÓN DEL FONDO MUNDIAL POR SUBRED.</p> <p>16.1 Actividades desarrolladas: Se hizo una consolidación del total de casos identificados por el convenio Enterritorio y se le envió a la líder de la</p>

16	<p>ruta de transmisibles de la Subred Centro Oriente.</p> <p>16.2 Productos: Base de casos reactivos. SISCO-SSR. Reporte de Canalizaciones SISCO-SSR.</p>		
17	<p>17. ENVIAR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA EL FUNCIONARIO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SUBRED PARA TENER AL DÍA LA NOTIFICACIÓN EN SIVIGILA DE LOS CASOS POSITIVOS DIAGNOSTICADOS POR EL PROYECTO.</p> <p>17.1 Actividades desarrolladas: 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 44, 45, 46, y 47, cada lunes antes de las 12 del mediodía.</p> <p>17.2 Productos: Correos enviados a Notificación Mártires. Actas de reunión.</p>		
18	<p>18. CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS INSUMOS SUMINISTRADOS POR ENTERRITORIO.</p> <p>18.1 Actividades desarrolladas: 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 noviembre.</p> <p>18.2 Productos: Planillas de dispensación.</p>		
19	<p>19. REALIZAR EL USO ADECUADO Y RESPONSABLE DE LOS ELEMENTOS VISIBILIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN (CHALECOS, CARNÉ, ETC.) SUMINISTRADOS POR ENTERRITORIO.</p> <p>19.1 Actividades desarrolladas: He usado el carné de la Subred Centro Oriente y el chaleco de ENTerritorio en las actividades extramurales del equipo.</p> <p>19.2 Productos: Acta de reunión.</p>		
20	<p>20. ASISTIR AL 100% DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA COORDINACIÓN DEL CONVENIO, QUE INCLUYEN: JORNADAS DE PLANEACIÓN, ELABORACIÓN DE CRONOGRAMAS, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE SUPERVISIÓN, ENTREGA DE FORMATOS SISCOSSR Y RETROALIMENTACIÓN DE AJUSTES</p> <p>20.1 Actividades desarrolladas: 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.</p> <p>20.2 Productos: Acta de reunión</p>		
21	<p>21. APOYAR LA IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS EN EL PROCESO DE CANALIZACIÓN E INFORMARLAS AL COORDINADOR DEL CONVENIO.</p> <p>21.1 Actividades desarrolladas: 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.</p> <p>21.2 Productos: Acta de reunión</p>		
22	<p>22. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS CAPACITACIONES Y OTRAS REUNIONES DE TIPO TÉCNICO-CIENTÍFICAS O ADMINISTRATIVAS A LAS QUE SEA INVITADO POR PARTE DE ENTERRITORIO.</p> <p>22.1 Actividades desarrolladas: Asistí a la reunión de seguimiento del proceso de canalizaciones desarrollada de manera virtual junto al equipo local de Enterritorio el 14 de noviembre, en la cual se revisaron las actualizaciones del sistema de información SISCO-SSR, las carencias en cuanto a las descargas del módulo de canalización y los avances en la vinculación de los casos diagnosticados. También participé de la reunión de cierre de canalizaciones del 26 de noviembre en la cual se entregaron los soportes físicos a Enterritorio, así como los casos abiertos pendientes por gestión.</p> <p>22.2 Productos: Actas de reunión.</p>		
23	<p>23. IMPLEMENTAR ACTIVIDADES QUE GARANTICEN LA OFERTA DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN COMBINADA (POR EJEMPLO: NOTIFICACIÓN ASISTIDA DE PAREJAS, ACCESO A PREP Y PEP ETC.)</p> <p>23.1 Actividades desarrolladas: Se brindó asesoría a dos usuarios interesados en iniciar la atención en Prep que se acercaron al centro de salud Samper Mendoza. También brindé asesoría a dos familiares de un caso positivo que deseaban apoyar a su familiar en el afrontamiento del diagnóstico y el cumplimiento con la ruta de atención integral.</p> <p>23.2 Productos: Form 2. Actividades de prevención y promoción. SISCO-SSR.</p>		
24	<p>24. DESARROLLAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LES SEAN RECOMENDADAS Y CONTRIBUYAN AL LOGRO DE LAS METAS DEL PROYECTO.</p> <p>24.1 Actividades desarrolladas: Escribí junto a mi compañero psicosocial el informe de canalizaciones del mes de noviembre, el informe de vinculación del año 2025 para cobrar el incentivo que le entrega Enterritorio a la Subred Centro Oriente por superar el 80% de vinculación de los casos diagnosticados durante este año y el Informe de canalizaciones de cierre de subvención.</p> <p>24.2 Productos: Informe de canalización de noviembre 2025. Informe de vinculación a servicios de salud 2025.</p>		
25	<p>25. ACOMPAÑAR HASTA EL SERVICIO DE SALUD, A USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE VIH IDENTIFICADOS A PARTIR DE A OFERTA DE SERVICIO DEL CONVENIO, QUE DEN SU CONSENTIMIENTO PARA SER CANALIZADOS Y NO CUENTEN CON RECURSOS ECONÓMICOS PARA DESPLAZARSE HASTA SU IPS DE ATENCIÓN.</p> <p>25.1 Actividades desarrolladas: Este mes brindé la opción de acompañar hasta la IPS de atención a dos usuarios que presentaron inasistencias, sin embargo, ninguno de los dos aceptó el acompañamiento e indicaron que irían a sus citas cuando tuvieran el tiempo.</p> <p>25.2 Productos: Registrado en Form 3. Canalización a servicios de salud. SISCO-SSR.</p>		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>			
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° 91174692	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/05	\$ 210.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/05	\$ 269.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/05	\$ 41.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 520.500

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	 <i>CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA</i> <u>PS_4501_2025_E8A716</u> CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA CC: 1014270664
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <i>JOHN MARIO GAMA GONZALEZ</i> <u>PS_4501_2025_E8A716</u> JOHN MARIO GAMA GONZALEZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>ANA MARGARET RABA SIERRA</i> <u>PS_4501_2025_E8A716</u> ANA MARGARET RABA SIERRA 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.	
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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	05/11/2025	91174692	\$520.500	

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	0	0	0	210.300	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	0	0	0	269.200	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	0	0	41.000			410	41.000	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
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	210.300	210.300
Pensión	1	269.200	269.200
Riesgos Laborales	1	41.000	41.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	520.500	520.500

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				
2025-10	2025-10	\$520.500				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Com. exerce	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	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 1905964463**

1 message

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

Wed, Nov 5, 2025 at 2:17 PM



¡Hola, CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA!

Estado de la Transacción: Aprobada ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 520.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social






Fecha de la transacción: 05/11/2025

CUS: 1905964463

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.

Para mayor información comunícate con nosotros:

 **En Bogotá:** +57 (601) 3808890 Opción 5

 **Contáctanos:** <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

 **Un servicio de** 

 ACH Colombia Oficial

 ACHColombiaOficial

 @ACHColombia_

 ACH Colombia Oficial

VERIFICADO
REGISTRO DE COMERCIO
DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

***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.*

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

Evaluación

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4501 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 4501 2025 CRP-15982.pdf	2 PS 4501 2025 CRP-15982.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 4501 2025 CRP-22721.pdf	3 PS 4501 2025 CRP-22721.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 4501 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4501 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 4501 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal