

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|------------|------------|--------------|
| 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 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 4.227.120 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/09/11 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/11/30 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30 | | |



MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ
PS_6309_2025_5464B9

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: | \$ 11.272.320 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 4.227.120 |
|---|---------------|--|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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 |

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° 9493466664 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | 2025/11/13 | \$ 212.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/11/13 | \$ 272.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/11/13 | \$ 41.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 526.000 |

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 ibr 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



MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ

PS_6309_2025_5464B9

MARIA CAMILA GONZALEZ TELLEZ

CC: 1020799920

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA

PS_6309_2025_5464B9

MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_6309_2025_5464B9

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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 | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1925679849 | 9493466664 | I | 2025/11/07 | 2025/11/13 | BANCO DAVIVIENDA | 6 | \$525,300 |

| 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 | 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 | 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 | Valor |
| 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 | |