

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS			CC:	1030581513
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGELAHERNANDEZLANDINEZ@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3005744805
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 85 33 76 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488409975213
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5796 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.999.896	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS PS_5796_2025_EFCE3C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS CC: 1030581513 CEL: 3005744805					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS

CON C.C N°1.030.581.513

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5796 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/18
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.866.414	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	7.825.680	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.999.896
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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.REALIZAR APOYO AL MAPEO Y CARTOGRAFÍA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICROTERRITORIO.
2	2. GESTIONAR LAS ÓRDENES GENERADAS POR PROFESIONALES DE EQUIPO BASE.
3	3. REALIZAR EL PRIMER CONTACTO CON LOS MICROTERRITORIOS Y TERRITORIOS ASIGNADOS, CON LA FINALIDAD DE INFORMAR ACTIVIDADES A REALIZAR SEGÚN PLANEACIÓN.
4	4. INFORMAR EN LA COMUNIDAD LAS ACCIONES QUE DESARROLLARÁN LOS EQUIPOS A TRAVÉS DE MEDIOS Y HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS (PAGINA WEB INSTITUCIONAL, REDES SOCIALES Y GRUPOS DE WHATSAPP).
5	5. CONVOCAR, IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POPULAR POR CADA UNO DE LOS MICROTERRITORIOS ABORDADOS POR EL EQUIPO.
6	6. DIGITALIZAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
7	7. APOYAR AL EQUIPO BÁSICO EN LA UBICACIÓN DE LAS VIVIENDAS ASIGNADAS EN EL TERRITORIO A INTERVENIR.
8	8. REALIZAR LA BÚSQUEDA Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE HOGARES SIN IDENTIFICACIÓN EN LOS TERRITORIOS ASIGNADOS.
9	9. ENTREGAR INFORME MENSUAL QUE INCLUYA SOPORTES EN FÍSICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS.
10	10. ELABORAR Y ENTREGAR INFORME FINAL A LOS QUE HAYA LUGAR DENTRO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.
11	11. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 89960550	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/20	\$ 180.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/20	\$ 230.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	\$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 445.500

- 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 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	 CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS PS_5796_2025_EFCE3C CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS CC: 1030581513
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_5796_2025_EFCE3C BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030581513	CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS		cra 85 n 33 76 sur	3005744805	angelahernandezandinez@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
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES		TOTAL A PAGAR	
2025-09		2025-09		\$445.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	18	2.000	0	180.000	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	227.800	0	0	0	0	18	2.600	0	230.400	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	34.700				34.700	18	400	35.100			347	35.100	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	180.000
Pensión	1	227.800	230.400
Riesgos Laborales	1	34.700	35.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	445.500

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	
2025-09	2025-09	I	20/10/2025	89960550	\$445.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Sedelegado	Extranjero	Cédula militar	Extranjero	IME	REF	TDE	TDP	TUP	VUP	SUM	KER	LMA	VAC	APP	VCT	RL	CONSEJO	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1030581513	GOMEZ CARDENAS CAMILO ANDRES	57	O		N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

[Página principal](#)

[Actualizar el contrato](#)

UTC-5 17:10:33
CAMILLO ANDRES GOM...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar

Facilitador Menú Administración de contratos Ver contrato

- 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

Cancelar

« Evaluación de la Entidad Estatal »

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
☐ PS 5796 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 .pdf	PS 5796 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
PS 5796-2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf (Archivado)	CERTIFICACION JUNIO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
PS 5796-2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf (Archivado)	PS 5796-2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf_250830_000412.pdf	Proveedor Descargar Detalle
PS 5796-2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf (Archivado)	PS 5796-2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 5796 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf	PS 5796 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 5796 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 .pdf	PS 5796 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 5796 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	PS 5796 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1 PS 5796 2025 CRP-17541 .pdf	1 PS 5796 2025 CRP-17541 .pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

« Evaluación de la Entidad Estatal »



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

15/07/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030581513**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488409975213
Fecha de apertura	08/10/2019

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



BOGOTA, Mayo 12 de 2025

Señor:

GOMEZ CARDENAS CAMILO ANDRES

CC. 1030581513CR 85 NO 33 76 SUR - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 31 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
GOMEZ CARDENAS CAMILO ANDRES	1030581513	C	Ago-29-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
HERNANDEZ LANDINEZ ANGELA MARIA	1030672986	C	Ago-31-2019	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
GOMEZ HERNANDEZ LEIDER THOMAS	1011250427	R	Ago-29-2019	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
MAYCOL MAURICIO LOPEZ RODRIGUEZ	1030581513	Dependiente	CERRADO
ANGELA PATRICIA MARTINEZ ROMERO	1030581513	Dependiente	VIGENTE
CALUDIA YANETH CASTIBLANCO LEON	1030581513	Dependiente	CERRADO
CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS	1030581513	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS	1030581513	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO
CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS	1030581513	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO
CONSULTORIA ESTRATEGICA INTEGRAL SA	1030581513	Dependiente	CERRADO
DANIEL RICARDO IZQUIERDO VALBUENA	1030581513	Dependiente	CERRADO
DIEGO EDISSON SANCHEZ RAMIREZ	1030581513	Dependiente	VIGENTE
EDDA CONSTANZA MORENO JAIMES	1030581513	Dependiente	CERRADO
LEONARDO FABIO VARGAS TELLEZ	1030581513	Dependiente	VIGENTE
LIZA ALEXANDRA GIRALDO UPEGUI	1030581513	Dependiente	CERRADO
LIZA ALEXANDRA GIRALDO UPEGUI	1030581513	Dependiente	CERRADO
LIZA ALEXANDRA GIRALDO UPEGUI	1030581513	Dependiente	CERRADO
CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS	1030581513	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO
CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS	1030581513	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO
CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS	1030581513	Trabajador Independiente	CERRADO
CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS	1030581513	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el

* * * * *

personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con

nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial SALUD

TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellín, 15 de julio de 2025

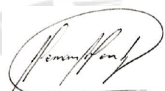
CERTIFICADO DE NO AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS identificado(a) con C1030581513 no registra en nuestra base de datos como afiliado en calidad de trabajador independiente, ni vinculado como trabajador dependiente a ninguna de las empresas registradas ante nuestra ARL.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10305815132519676511

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.19

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAMILO ANDRES GOMEZ CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.581.513**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Julio del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.