

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ALEJANDRO CASTIBLANCO MACA			CC:	1023036382
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILOA.C.AMBIENTEW@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3158097804
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73B BIS SUR 14A 29			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488420513803
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4605 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.100.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 CAMILO ALEJANDRO CASTIBLANCO MACA PS_4605_2025_312E74 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILO ALEJANDRO CASTIBLANCO MACA CC: 1023036382 CEL: 3158097804					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CAMILO ALEJANDRO CASTIBLANCO MACA

CON C.C N° 1.023.036.382

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 4605 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/06
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.622.579	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.945.865	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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	REALICE VERIFICACION EN LINEA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
2	REALICE ACTUALIZACION DE DATOS DE LOS USUARIOS EN DGH
3	REPORTE LOS CASOS A TRABAJO SOCIAL CUANDO SE TIENEN DIFICULTADES EN EL MOMENTO DE LA AFILIACION
4	REGISTRE Y CONFIRMEE LAS ORDENES DE SERVICIO EN DGH
5	VERIFIQUE CONTRA HISTORIA CLINICA LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS Y REGISTRE EN DGH GARANTIZANDO EL 100% DEL COBRO
6	SE VERIFICO SOPORTE ANEXADOS POR EL AREA DE DEVOLUCIONES
7	SE REGISTRO EGRESO EN DGH EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS
8	GENERE FACTURAS
9	GENERE RECIBOS DE CAJA EN DGH SEGÚN CONCEPTO

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9497141210	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/30	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/30	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/30	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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



CAMILO ALEJANDRO CASTIBLANCO MACA

PS_4605_2025_312E74

CAMILO ALEJANDRO CASTIBLANCO MACA

CC: 1023036382

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_4605_2025_312E74

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_4605_2025_312E74

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO