

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030698429	CRHSTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA		calle 184 bis #15 b 49	7272327	cgonzalez29@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	679520	\$968.900	

## 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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	391.500	0		0		0	0	0	0	391.500	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	501.100	0	0	0	0	0	0	0	501.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	76.300				76.300	0	0	76.300			763	76.300	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	391.500	391.500
Pensión	1	501.100	501.100
Riesgos Laborales	1	76.300	76.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>968.900</b>	<b>968.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030698429	CRHISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA		calle 184 bis #15 b 49	7272327	cgonzalez29@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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				
2025-12	2025-12	\$968.900				

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	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	1030698429	GONZALEZ MENDOZA CRHISTIAN ORLANDO	57	0			N																	230301	3.131.709	501.100	0	0	0	0	EPS010	3.131.709	391.500	14-11	3.131.709	3	76.300		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

7 pestañas

Grupos de pestañas

Sin título

Marcadores

Lista de lectura

Compartido contigo

Pestañas de iCloud

secop.gov.co

¿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
1. PS 1679 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1679 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
2. PS 1679 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1679 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
3.PS 1679 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1679 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
4. PS 1679 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1679 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
5. PS 1679 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1679 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
6. PS 1679 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1679 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
1 PS 1679 2025 CRP-6298.pdf	1 PS 1679 2025 CRP-6298.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
2 PS 1679 2025 CRP-13468.pdf	2 PS 1679 2025 CRP-13468.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1679 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1679 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
3 PS 1679 2025 CRP-18909.pdf	3 PS 1679 2025 CRP-18909.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS_1679_2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS_1679_2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS1679 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS1679 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
10. PS 1679 CUENTA DE COBRO OCTUBRE..pdf	10. PS 1679 CUENTA DE COBRO OCTUBRE .pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS_1679_CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS_1679_CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS_1679_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS_1679_CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS_1679_CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS_1679_CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
PS1679 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 .pdf	PS1679 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 .pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#) [Español \(Colombia\)](#) 018000-52-0808 [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	CRHISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA		<b>CC:</b>	1030698429
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	CGONZALEZ29@UAN.EDU.CO		<b>TELÉFONO:</b>	3044855610
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 184 BIS 15B 49		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 488443423881

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 1679 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 8.887.284
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/01/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



CRHISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA  
 PS\_1679\_2025\_0EE750

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**  
 CRHISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA  
**CC: 1030698429**  
**CEL: 3044855610**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**CRHISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA**

**CON C.C N°**

**1.030.698.429**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1679 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 25.392.240	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>252</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 120.366.271	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 8.887.284
---	----------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JORGE EDUARDO CARO CARO
-------------------------------	-------------------------

**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)

<b>ITEM</b>	<p>1. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE. 2. BRINDAR UNA ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION.3. REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE PRESTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. 4. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, GENERANDO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS, RESOLVIENDO INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCION.5. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION.6. RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION.7. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS.8. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE REQUIERAN, DE CONFORMIDAD A SU ESPECIALIDAD, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS.9. DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA.10. GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS.11. UTILIZAR DE MANERA ADECUADA LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES Y LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICION O REPARACION CUANDO LOS DAÑOS SE OCACIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACION DE LOS MISMOS.12. REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES.13. EL CONTRATISTA DEBERA RESPONDER POR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS QUE SE ENCUENTREN BAJO SU CUSTODIA.14. APOYAR LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCION QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO.15. PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACION POR PARTE DE EAPB.16. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE Y APOYAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.17. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA</p>
-------------	---

1

NORMATIVIDAD VIGENTE.18. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD.19. INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD.20. ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.21. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.22. FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL QUE LA SUBRED REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVES DE TERCEROS.23. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE CALIDAD.24. ACREDITAR INSCRIPCION EN EL RETHUS, MIPRES Y RUAF.25. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.26. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. 27. PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ESPECIFICOS DE CASOS TENDIENTES A RESOLVER CAUSAS Y SOLUCIONES A PROBLEMAS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD RELACIONADOS CON ESTA. PRESTAR SUS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE DESEMPEÑO NO. 0003 DE 2021, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE

### 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:	Nº 679520	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/01/05	\$ 391.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/05	\$ 501.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 76.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 968.900

### 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**



CHRISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA

PS\_1679\_2025\_0EE750

**CHRISTIAN ORLANDO GONZALEZ MENDOZA**

**CC: 1030698429**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1679\_2025\_0EE750*

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*JORGE EDUARDO CARO CARO*

*PS\_1679\_2025\_0EE750*

**JORGE EDUARDO CARO CARO**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**