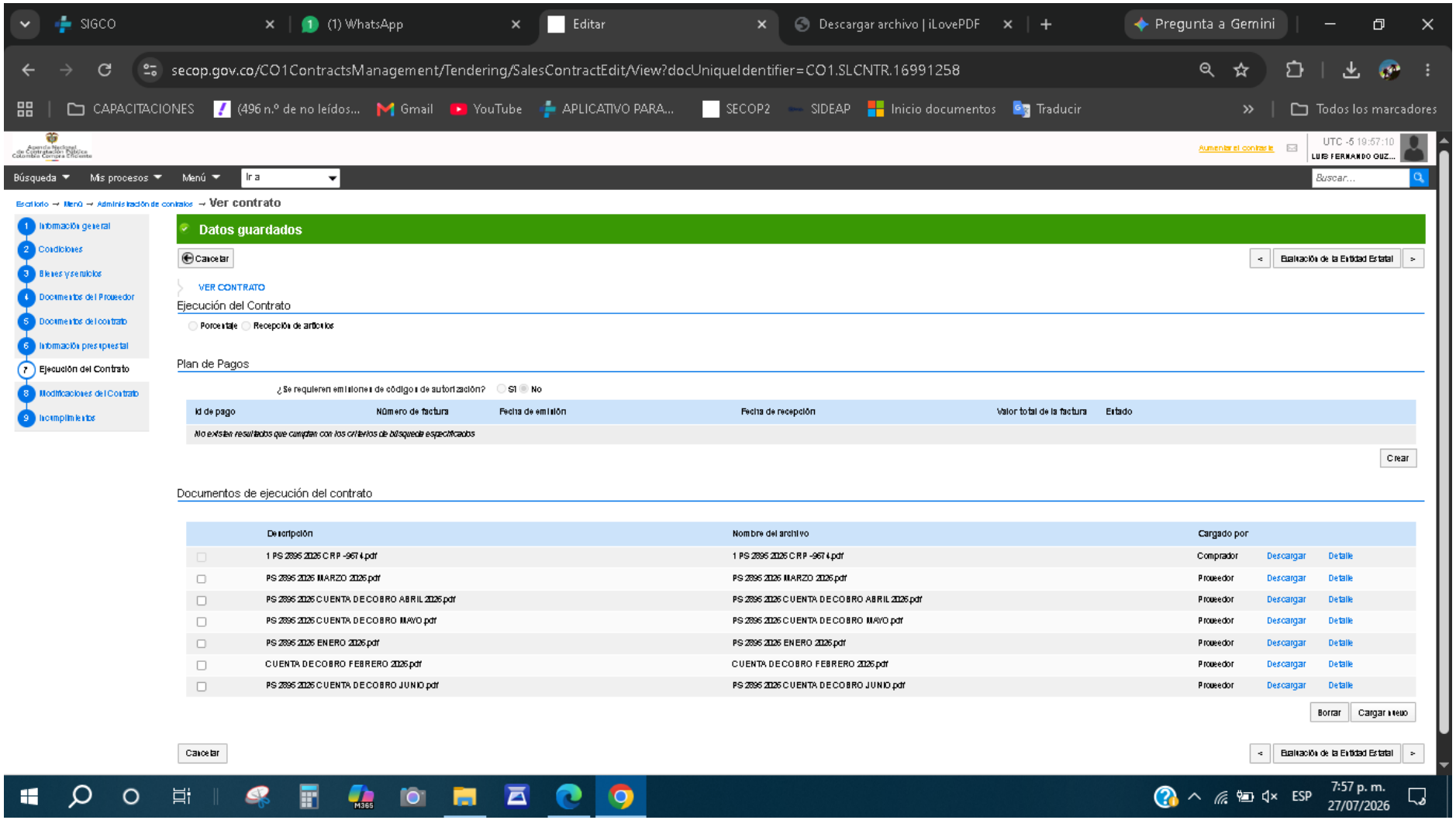

SIGCO
(1) WhatsApp
Editar
Descargar archivo | iLovePDF
Pregunta a Gemini
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.16991258
CAPACITACIONES
(496 n.º de no leídos...
Gmail
YouTube
APLICATIVO PARA...
SECOP2
SIDEAP
Inicio documentos
Traducir
Todos los marcadores
Aumentar el contrato
UTC -5 19:57:10
LUIS FERNANDO CUZ...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → 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
Datos guardados
Cancelar
< Ejecución de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI 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 2895 2025 CRP -9674.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2895 2025 MARZO 2025.pdf
Proveedor
PS 2895 2025 CUENTA DECOBRO ABRIL 2025.pdf
PS 2895 2025 CUENTA DECOBRO MAYO.pdf
PS 2895 2025 ENERO 2025.pdf
CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf
PS 2895 2025 CUENTA DECOBRO JUNIO.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
ESP
7:57 p. m.
27/07/2026

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79602203		GUZMAN CAMACHO LUIS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 36 H SUR # 6-20 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2060377	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	507331344	9506439477	I	2026/07/02	2026/07/24	NEQUI	22	$507,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC 79602203	GUZMAN LUIS	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79602203		GUZMAN CAMACHO LUIS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 36 H SUR # 6-20 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2060377	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	507331344	9506439477	I	2026/07/02	2026/07/24	NEQUI	22	$507,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$4,600	$0	$284,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$4,600	$0	$284,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$3,600	$0	$222,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$3,600	$0	$222,500
TOTAL				**1**	**$499,100**	**$8,200**	**$0**	**$507,300**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO**			**CC:**	**79602203**
CORREO ELECTRÓNICO:	**fg56019@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3118810082**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36H SUR 6 20 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488422285673**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2895 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.793.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO
PS_2895_2026_4099F3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO
CC: 79602203
CEL: 3118810082

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO			
	CON C.C N°	**79.602.203**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2895 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.114.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**228**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.479.500	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.793.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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. Realicé el recibo y la entrega de turno conforme a los protocolos vigentes de la entidad, notificando oportunamente al referente de referencia y por radio de comunicaciones cualquier novedad ocurrida durante la prestación del servicio.
2	2. Velé por el uso responsable, mantenimiento adecuado y conservación del vehículo asignado, asegurando su óptima condición, presentación y seguridad para prestar un servicio eficiente a la ciudadanía.
3	3. Comuniqué oportunamente al supervisor del contrato cualquier situación que pudiera impactar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, con el fin de permitir la toma de decisiones adecuadas y garantizar la continuidad en la prestación del servicio.
4	4. Reporté inmediatamente cualquier accidente de tránsito o incidente con peatones a las autoridades y a la aseguradora, siguiendo los protocolos establecidos.
5	5. Cumplí con las normas de seguridad vial y utilicé responsablemente las señales de emergencia durante el traslado en ambulancia.
6	6. Asistí y participé en las capacitaciones y socializaciones programadas por la entidad.
7	7. Realicé al inicio del turno el diligenciamiento del formato preoperacional del vehículo asignado y cumplí con la normativa vigente en materia de seguridad vial. La entrega del formato la efectué el primer día hábil de cada mes.
8	8. Garanticé el uso correcto y responsable del radio de comunicaciones de la ambulancia, asegurándome de mantener una comunicación constante y fluida con el centro de operaciones o la base. Informé de manera oportuna y precisa cualquier novedad, incidente o situación relevante que ocurrió durante la prestación del servicio, tanto al inicio como al final de cada turno, así como también durante el desarrollo de las actividades asignadas.
9	9. Ejecuté las demás actividades relacionadas con el cargo que me fueron asignadas por el supervisor del contrato.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9506439477	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/24	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/24	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/24	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.100

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	*LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO* *PS_2895_2026_4099F3* **LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO** **CC: 79602203**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_2895_2026_4099F3* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**