

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Valor
2026-07	2026-07	584794749		9508042957	I	2026/08/04	2026/08/21	NEQUI	\$505,600

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)						\$1,750,905	\$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

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
2026-07	2026-07	584794749	9508042957	I	2026/08/04	2026/08/21	NEQUI	17	\$505,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$3,600						\$0
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$3,600	\$0	\$0	\$0	\$0		\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$2,900						\$0
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$218,900	\$2,900	\$0	\$0	\$0	\$0		\$0
TOTAL				1	\$499,100	\$6,500	\$0	\$0	\$0	\$0		\$0

CANTIDAD POR PAGAR	
\$283,800	
\$283,800	
\$221,800	
\$221,800	
\$505,600	

Enviados (8475)

WhatsApp

Descargar archi...

Editor

SIGCO

b86f477b-127a...

Pregunta a Gemini

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelidentifier=CO1.SLCNTR.16991258

CAPACITACIONES (496 n.º de no leídos... Gmail YouTube APLICATIVO PARA... SECOP2 SIDEAP Inicio documentos Traducir

de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

LUIS FERNANDO GUZ... Buscar...

Inicio

Menú

Administración de contratos

Ver contrato

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Provee...

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contr...

9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

Evaluación del comprador

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
☐ PS 2895 2026 ENERO 2026.pdf	PS 2895 2026 ENERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 1 PS 2895 2026 CRP -9674.pdf	1 PS 2895 2026 CRP -9674.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS 2895 2026 MARZO 2026.pdf	PS 2895 2026 MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 2895 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2895 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 2895 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	PS 2895 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS 2895 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	PS 2895 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS_2895_2026_CUENTA DER COBRO JULIO.pdf	PS_2895_2026_CUENTA DER COBRO JULIO.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Windows

Microsoft Edge

Google Chrome

Microsoft Word

Excel

PowerPoint

Outlook

OneDrive

Dropbox

Zoom

Skype

WhatsApp

Telegram

Signal

Facebook

Instagram

Twitter

LinkedIn

YouTube

Netflix

Amazon Prime Video

Disney+

Hulu

Netflix

Amazon Prime Video

Disney+

Hulu

1:20 p. m. 28/08/2026

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
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					
N° DEL CONTRATO:	PS 2895 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.087.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				



LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO
PS_2895_2026_1631B7

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

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	252
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.479.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.087.000
--	---------------	---	--------------

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. Comunicué 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. Asistí y participé en las capacitaciones y socializaciones programadas por la entidad.
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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508042957	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR	2026/08/21	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/21	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/21	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	<div><div><i>LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO</i> <i>PS_2895_2026_1631B7</i></div><hr/>LUIS FERNANDO GUZMAN CAMACHO CC: 79602203</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div><i>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS</i> <i>PS_2895_2026_1631B7</i></div><hr/>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		