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 1023946179		VILLAMIL BUITRAGO BRYAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trasvesar 22f sur # 69-28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227593863	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	1000000929	9512032776	I	2026/10/20	2026/10/13	BANCO DE BOGOTA	0	$570,300

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			$1,423,500	$28,500			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,423,500	$28,500			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,423,500	$28,500			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1023946179	VILLAMIL BRYAN	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,423,500	$28,500			$1,750,905	$42,700		$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 1023946179		VILLAMIL BUITRAGO BRYAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trasvesar 22f sur # 69-28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227593863	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	1000000929	9512032776	I	2026/10/20	2026/10/13	BANCO DE BOGOTA	0	$570,300

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	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$570,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$28,500
$28,500
$218,900
$218,900
$570,300

Comprobante de pago

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla As Aportes En Linea

Número de planilla
9512032776

¿Cuánto?
$ 570.300,00

Fecha
09 de octubre de 2026 a las 05:12 p. m.

Referencia
M17848989

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BRYAN CAMILO VILLAMIL BUITRAGO**			**CC:**	**1023946179**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BRYANVILLAMIL21@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3227593863**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 22 69L SUR 30**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**10800005804**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3705 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.074.640**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/08**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

BRYAN CAMILO VILLAMIL BUITRAGO
PS_3705_2026_C8073D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BRYAN CAMILO VILLAMIL BUITRAGO
CC: 1023946179
CEL: 3227593863

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			
BRYAN CAMILO VILLAMIL BUITRAGO			
	CON C.C N°	**1.023.946.179**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3705 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/08**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.227.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.700.105	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.074.640
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1 ACTIVIDA: DESARROLLE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA LIDER OPERATIVA APS 1.2 EVIDENCIA: ENTREGUE ACTAS DE PARTICIPACIÓN EN CADA UNO DE LOS FORTALECIMIENTOS E INDUCCIONES GENERALES.
2	REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE MI PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN.2.1 ACTIVIDA: DESARROLLE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DEL DOCUMENTO OPERATIVO, FICHA TECNICA APS SOCIAL Y FICHA TECNICA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS. 2.2 EVIDENCIA: ENTREGUE EL ACTA A LA LIDER OPERATIVA CON FECHA ACTUAL.
3	ENTREGAR AL SUPERVISOR UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 3.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y SE RECIBIO EL CARNET INSTITUCIONAL Y CHAQUETA 3.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y FIRME ACTA DE RECEPCIÓN DE CHAQUETA.
4	REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 ACTIVIDAD: REALICE EL PAGO DE MI SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DEL MES CORRESPONDIENTE 4.2 EVIDENCIA: SUBO SOPORTE DE PLANILLA LIQUIDADA.
5	DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN YA LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE MIS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO CON CRITERIOS DE CALIDAD 5.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y CARGUE MIS ENTREGABLES EN LA CARPETA DE VACUNACIÓN Y DRIVE COMPARTIDAS POR LA LIDER OPERATIVA APS.
6	REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIA LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE SEGUIMIENTO TELEFÓNICOS A LA BASE DE SARAMPION VERIFICACIÓN DE CARNET SI YA TENÍAN ESQUEMA COMPLETO O SE PROSEDIA A LLAMAR PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE PUNTO DE VACUNACIÓN 6.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y SE CARGO LA BASE ACTUALIZADA EN EL DRIVE COMPARTIDO CON LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ.
7	REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE. 7.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y VERIFIQUE QUE PARA MI PERFIL NO SE APLICAN TAMIZAJES, SE APLICÓ EN LA VALIDACIÓN DE BASES EL ESQUEMA PAI REGULAR E INCOMPLETO 7.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y SE CUENTA CON EL ESCANER DE LOS SISS Y LA MATRIZ PAI.

8	CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 ACTIVIDAD: NO REALICE LAS ACCIONES DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO, 8.2 EVIDENCIA: PARA ESTE PERIODO NO SE NOTIFICARON Y NO SE REALIZARON CANALIZACIONES
9	REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE: SE DIRECCIONO A LOS PUNTOS MAS CERCANOS ALOS USUARIOS QUE TENIAN PENDIENTES ESQUEMA DE VACUNACION. 9.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y REALICE SEGUIMIENTO TELEFONICO A LOS USUARIOS QUE TIENEN EL ESQUEMA INCOMPLETO Y SE LES BRINDO LA INFORMACION SOBRE LA VACUNA PENDIENTE Y SE EXPLICA PUNTO DE VACUNACION MAS CARCANO.
10	OBLIGACION: REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 ACTIVIDAD: NO APLICA CARGUE EN GTAPS PARA MI PERFIL, COMO VACUNADORA NO REALICÉ EN EL APLICATIVO, CARGUE ESTE MES DILIGENCIA EN EL DRIVE LAS ACCIONES.11.2 EVIDENCIA: DE ACUERDO A LAS ACCIONES REALIZADAS NO SE EVIDENCIARON CASOS PARA LAS NOTIFICACIONES DE ESTE MES.
11	OBLIGACION: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y CUMPLI CON CALIDAD EN TODAS MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES 12.2 EVIDENCIA: ENTREGUE SOPORTES CON CALIDAD A LA LIDER OPERATIVA.
12	OBLIGACION: CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR LOS JEFES OPERATIVO DE PAI , SE ESCANEARON SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN SE SUBIERON A LA CARPETA CON CALIDAD 13.2 EVIDENCIA: ENTREGUE CARPETAS Y SUBI AL DRIVE CON SOPORTE.
13	REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR JEFES OPERATIVO POR LOS DE PAI REALICE LOS SOPORTES Y CARGUE AL DRIVE DE ESCANER SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN 14.2 EVIDENCIA: ENTREGUE BASE DE DRIVE SARAMPION Y BASE MATRIZ PAI.
14	OBLIGACION REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE MI CUENTA DE COBRO DEL MES DE ABRIL ACORDE A MI FECHA DE INGRESO Y ACTIVIDADES REALIZADAS 15.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y CARGUE CUENTA DE COBRO DEL MES DE SEPTIEMBRE EN EL APLICATIVO.
15	OBLIGACION: DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y CUMPLI CON LAS POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS 16.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y DI CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA EN SUPERVSIÓN DE MI LIDER OPERATIVA.
16	OBLIGACION: REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1 ACTIVIDAD: NO SE REALIZO TAL ACTIVIDAD DURANTE ESTE PERIODO DE MES. 17.2 EVIDENCIA: DE ACUERDO A LAS ACCIONES REALIZADAS NO SE EVIDENCIARON CASOS PARA LAS NOTIFICACIONES DE ESTE MES.
17	OBLIGACION: APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS PARA DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN. 18.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y NO EVIDENCIA NINGUNA VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN.
18	OBLIGACION: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE TODAS MIS ACTIVIDADES CON RESPONSANBILIDAD Y VERACIDAD. 19.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y REALICE ENTREGA DE TODAS MIS ACTIVIDADES CON CALIDAD,VERACIDAD Y OPORTUNUIDAD.
19	OBLIGACION: REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 ACTIVIDAD: REALICE VERIFICACION DE LAS ACCIONES Y DURANTE LA GESTION NO SE EVIDENCIARON ACCIONES PARA REPORTAR 10.2 EVIDENCIA: VERIFIQUE Y NO SE PRESENTARON FORMATOS DE VERIFICACION

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509371771	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*BRYAN CAMILO VILLAMIL BUITRAGO* *PS_3705_2026_C8073D* **BRYAN CAMILO VILLAMIL BUITRAGO** **CC: 1023946179**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3705_2026_C8073D* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3705_2026_C8073D* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**