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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80.912.710				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3070 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 6.287.120**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 34.579.160**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.143.560**		
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	16957	**Nº CDP:**	316
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACIÓN				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**8**	**PRORROGAS**	**8**	
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	948	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23145	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1405	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25580	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1743	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30004	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2237	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34042	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2635	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37764	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3070	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40779	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3360	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42962	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 6.287.120**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3641	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45187	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se actualiza aplicativo de certificaciones ops con las bases de datos: 1. ESTRUCTURA ACTUALIZACION AÑO 2023 21-11-24. 1. ESTRUCTURA ACTUALIZACION AÑO 2024 21-11-24, 1. ESTRUCTURA CONTRATOS NUEVOS CERTIFICACIONES CPS 2024 21-11-24.
2	Se apoya la actividad del proceso de pagos de la Subred mediante de actualizacion de bases de datos, gestion del palicativo de pagos, susbsanacion de datos, ajustes de saldos, ajustes de novedades, se anexan bases de datos
3	Se realiza revision, validacion, construccion de comunicaciones y minutas para adiciones, prorrogas, modificatorios y cambios de supervisor para ser cargadtos y tramitados a traves de Secop II y realizar el seguimiento hasta que las modificaciones queden perfeccionadas, se anexa matriz de contratacion 2023 y 2024 donde se refeleja lo tramitado
4	Se apoya dando respuesta a los Agilsalud o a los ramites internos por correo institucional de los siguientes requerimientos: CERTIFICACION CONVENIOS OCTUBRE 2024, CERTIFICACION OCTUBRE 2230116-2023 ENTERRITORIO, SOLICITUD REPORTE DE CONTRATISTAS Y VALORES CERTIFICADOS X MES.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81930595	**OPERADOR:**	COMPENSAR

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**EPS SURA**	**12/03/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**12/03/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**		**$ 31.700**
OTRO		**12/03/2024**	
TOTAL PAGADO			**$ 402.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 80.912.710
CEL: 313 3605783

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ	**CC:**	80912710
		RUT (NIT):	80912710-6
CORREO ELECTRÓNICO:	fabiangomeznarvaez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3133605783
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 41 SUR 12J 27	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**0419004154**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 3070 2024**	**Nº CDP:**	**3641**	**Nº. RP:**	**45187**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 34.579.160**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3.143.560**
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 80.912.710
cel: 313 360 5783

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA					**FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					**80.912.710**		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			**PS 3070 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			$				6.287.120,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	34.579.160,00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$	3.143.560,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	11		**Nº CRP INICIAL:**	16957	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**		316
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES						
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			81930595		**OPERADOR:**		CONPENSAR MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			DIRECCION DE CONTRATACION OPS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN-DIRECTORA DE CONTRATACIÓN				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 8	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION 8	PRORROGA 8
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	948	**RP DE LA ADICIÓN:**	23145	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1405	**RP DE LA ADICIÓN:**	25580	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1743	**RP DE LA ADICIÓN:**	30004	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2237	**RP DE LA ADICIÓN:**	34042	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2635	**RP DE LA ADICIÓN:**	37764	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3070	**RP DE LA ADICIÓN:**	40779	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.143.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3360	**RP DE LA ADICIÓN:**	42962	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 6.287.120**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3641	**RP DE LA ADICIÓN:**	45187	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX	
FECHA DE LA PÓLIZA			ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX	

IV. 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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **CARGO: DIRECTORA OPERATIVA**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80912710	FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ	CL 41 SUR 12J 27	3133605783	fablangomeznarvaez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	81930595	$402.200	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80912710	FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ	CL 41 SUR 12J 27	3133605783	fablangomeznarvaez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	81930595	TOTAL A PAGAR	
					$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	80912710	GOMEZ NARVAEZ FABIAN GIOVANNY	59	0			N																231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información