

III. POLIZAS

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)	
1	<p>1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atención oportuna de actividades asignadas en la línea de intervención enfermedades de origen zoonótico y acciones de inspección, vigilancia y control de en las localidades vigiladas por la subred</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antrabica puntos fijos y extramurales, carnet vacunacion.</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en físico</p>
3	<p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunacion preventiva antirrabica con asesoria del cuidado pre y pos vacuna. Realizar acciones de socializacion individual en tenencia responsable de mascotas efectos abversos ala vacunacion y seguimiento de casos</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunacion antrrabica puntos fijos y extramurales, carnet vacunacion.</p>
4	<p>1. OBLIGACIÓN: 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo a los requerimientos del coordinador del area</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos especificos de acuerdo a los requerimientos de la coordinacion</p>
5	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subr</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar apropiacion de lineamientos lectura y debate de los mismos</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Evaluacion pre y post capacitacion</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunacion preventiva antirrabica con asesoria del cuidado pre y pos vacuna</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunacion antrrabica puntos fijos y extramurales, carnet vacunacion.</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificacion de la calidad de los soportes planilla de vacunacion antirrabica</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunacion antrrabica puntos fijos y extramurales, carnet vacunacion. Seguimineto a drive metas de vacunacion</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo a los requerimientos del coordinador del área</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos especificos de acuerdo a los requerimientos de la coordinacion</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477421075	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	10/12/2024	\$	168,800
PENSIÓN:	PORVENIR	10/12/2024	\$	216,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/12/2024	\$	32,900
OTRO	CCF COMPENSAR	10/12/2024	\$	27,000
TOTAL PAGADO			\$	444,700

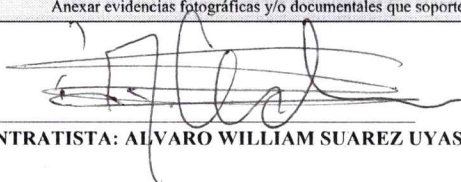
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 calculó 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 SMMILV (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.

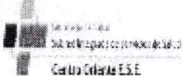
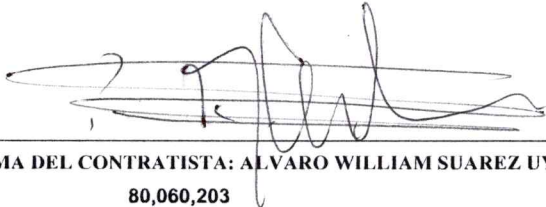
VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA
CC: 80.060.203
CEL 3124865325

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA		CC:	80,060,203	
			RUT (NIT):	80060203-6	
CORREO ELECTRÓNICO:	ing.alvaro.suarez11@gmail.com		TELÉFONO:	3124865325	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 22 18 A 66 APTO 419		CIUDAD:	BOGOTÁ	
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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
Régimen 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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	480900031992
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4353 2024	N° CDP:	4011	N°. RP:	48706.
FECHA DE INICIO CONTRATO	19/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 5 MESES 12 DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2,187,878				
	DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS				
					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA					
CC:	80,060,203				
CEL:	3124865325				

80.060.203

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

19/07/2024

\$ 1,481,316

\$ 2,187,878

2310

5 MESES 12 DIAS

APORTES EN LINEA

GSP PSPIC - VSA

6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

PRÓRROGA (5)

1 MES Y 15 DIAS

1 MES

16 DIAS

16 DIAS

30 DIAS

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

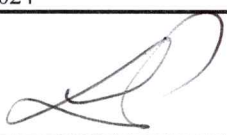
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 3/12/2024 al 31/12/2024

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


 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
 CARGO:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30


 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
 JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
 PERFIL:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80060203		SUÁREZ UYASABA ALVARO WILLIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 22 N 18 - 66 APTO 419	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3030507	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2024-11	2024-11	1114043604	9477421075	I	2024/12/03	2024/12/10	BANCO DAVIVIENDA	7
								\$447,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,350,000	\$216,000			\$1,350,000	\$168,800			\$1,350,000	\$27,000			\$1,350,000	\$32,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,350,000	\$216,000			\$1,350,000	\$168,800			\$1,350,000	\$27,000			\$1,350,000	\$32,900		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,350,000	\$216,000			\$1,350,000	\$168,800			\$1,350,000	\$27,000			\$1,350,000	\$32,900		\$0	\$0	
1	CC	80060203	SUAREZ, ALVARO	230301	30	\$1,350,000	\$216,000	EPS005	30	\$1,350,000	\$168,800	CCF24	30	\$1,350,000	\$27,000	14-11	30	\$1,350,000	\$32,900	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,350,000	\$216,000			\$1,350,000	\$168,800			\$1,350,000	\$27,000			\$1,350,000	\$32,900		\$0	\$0	

4353-9094
K607-5534

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80060203		SUAREZ UYASABA ALVARO WILLIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 22 N 18 - 66 APTO 419	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3030507	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2024-11	2024-11	1114043604	9477421075	I	2024/12/03	2024/12/10	BANCO DAVIVIENDA	7
Valor								
\$447,000								
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$216,000	\$1,100	\$0	\$217,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$216,000	\$1,100	\$0	\$217,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$32,900	\$200	\$0	\$33,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$32,900	\$200	\$0	\$33,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$27,000	\$200	\$0	\$27,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$27,000	\$200	\$0	\$27,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$168,800	\$800	\$0	\$169,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$168,800	\$800	\$0	\$169,600
TOTAL				1	\$444,700	\$2,300	\$0	\$447,000

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

1114043604

Destino de pago

APORTES EN LINEA

Motivo

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477421075

Fecha

09/12/2024

Número de aprobación

00043604

Dirección IP

181.61.246.169

Valor transacción

\$ 447.000,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

181.61.246.169

Referencia 2

CC

Referencia 3

80060203