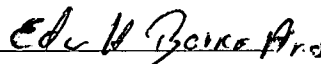
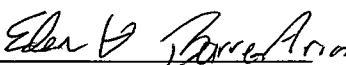
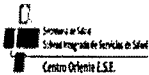
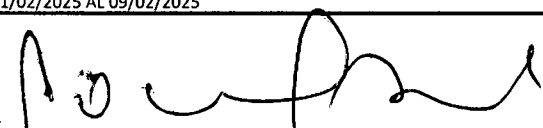
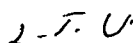
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		14.136.125
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5355 2024
FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 738.112
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP: 44665 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN ADICIONES 3 PRORROGAS 3
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49637 TIEMPO PRORROGADO: NUEVE(9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50703 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7671 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
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 específicas del contrato realizadas durante el mes)		
ITEM	1 REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERÍODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DEL 10 AL 31 2024	
2	REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE	
3	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ÉTNICOS DIFERENCIALES.	
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI	
5	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.	
6	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORIA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.	
7	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA	
8	REALIZAR EVALUACION CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC	
9	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL	
10	ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1069280414	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/02/2025 \$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/02/2025 \$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOUVAR	11/02/2025 \$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	11/02/2025 \$ 28.500
TOTAL PAGADO		\$ 469.000
VI. 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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a ceps, 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		
 EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 14.136.125 CEL: 3246826629		

		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-JA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS			CC:	14.136.125
CORREO ELECTRÓNICO:	eder301012@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 161 A BIS 16 D 07			TELÉFONO:	3246826629
				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.					
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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					000800115941
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5355 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	7671
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	
				TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/02/2025	
				VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :	
				\$ 8.939.359	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 738.112 SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE				
					
NOMBRE: EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS CC 14.136.125 CEL 3246826629					

		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 FECHA: 2024-09-16					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y									
NOMBRE DEL CONTRATISTA			EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS						
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			14.136.125						
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR							
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5355 2024		FECHA INICIO CONTRATO 23/10/2024					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.939.359		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 738.112					
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		6		Nº CRP INICIAL:	44665	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS							
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1069280414		OPERADOR:		SIMPLE			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD							
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO							
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05							
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES									
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (3)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (3)		PRORROGA (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112		CDP DE LA	4053	RP DE LA	49637	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		CDP DE LA	4120	RP DE LA	50703	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		CDP DE LA	46	RP DE LA		TIEMPO	UN (1) MES
III. POLIZAS (SI APLICA)									
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X			
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:							
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:							
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 01/02/2025 AL 09/02/2025									
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:									
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05							
									
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR							

Simple.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-02-11, 11:26:08 AM Tipo Planilla 1 Número Planilla 1069280414

Período Cotización 202501

Período Servicio 202501

Cliente:

PAGADA 2025-02-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS						
Documento	CC 14136125			Dirección	CL 161A #16 D - 07		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	2299874		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 14136125		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00				BARRERO ARIAS EDER HUMBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
INO	REY	TOR	TAR	TAP	VIA	COB	VIV	SLA	DE	LBA	VAC	AVP	YCT	RP	Código AFP				Código Trás. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPa	Código EPS	Código Trás. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgo	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																		16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	EPS005		12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	14-7	3	2,436 %	\$ 1.423.500	\$ 34.700	CCF24	2 %	\$ 1.423.500	\$ 28.500	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0		

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Eder H Barrero Arias <eder301012@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1259055359

2 mensajes

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: eder301012@gmail.com

11 de febrero de 2025, 11:20 a.m.

**¡Hola, Eder barrero!**

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada

CUS: 1259055359

Empresa: SIMPLE OI

Descripción: Pago de Seguridad Social

Valor de la Transacción: \$ 470.400

Fecha de Transacción: 11/02/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

■ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

■ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

■ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

