| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 80.811.594 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN 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 4331 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **24/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 1.476.158 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES DIECISIETE (17) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 7.359.398 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 574.953 |
| **N° DE INFORME:** | 2 | **N° CRP:** | 10674 | **N° CDP:** | 55 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES DIECISIETE (17) 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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | | **PRORROGAS** | | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** |
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | CARGUE PREDIOS A APLICATIVO |
| 2 | ELABORACION Y AJUSTES DE TABLEROS DE CONTROL Y PRODUCTIVIDAD MENSUAL ETNIAS SM AFROS |
| 3 | ELABORACION Y AJUSTE DE CONSOLIDADO PARA ARCHIVO DE ASIGNACION DE USUARIOS A PROFESIONALES SM AFROS ETNIAS |
| 4 | CRUCE Y ESTANDARIZACION DE BASES PARA VALIDACION DE CARGUE DE USUARIOS A BASE DE ASIGNACIÓN DE PROFESIONALES SM EMBERAS AFROS |
| 5 | CARGUE DE PREDIOS A PROFESIONALES EN APLICATIVO GITAPPS EMBERAS |
| 6 | DISPONIBILIDAD SIVIGILA FIN DE SEMANA |
| 7 | CARQUE DE EVENTOS A SIVIGILA 4.0 Y ESCRITORIO |
| 8 | REASIGNACION DE USUARIOS EN DRIVE DE ASIGNACION |
| 9 | CARGUE DE EVENTOS SIVIM-SISVECOS A SIVIGILA DC |
| 10 | DERIVACIONES A PROFESIONALES EN APLICATIVO GTAPS |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9481538236 - 9481660150 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | SANITAS | 10/02/2025 - 13/02/2025 | $ 178.000 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 10/02/2025 - 13/02/2025 | $ 227.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 10/02/2025 - 13/02/2025 | $ 34.700 |
| **OTRO** | CCF COLSUBSIDIO | 10/02/2025 - 13/02/2025 | $ 8.600 |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 449.100** |

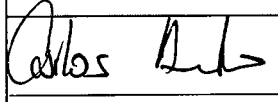
**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

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



**CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC: 80.811.594**
**CEL: 3115852782**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO** | **CC:** | 80.811.594 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | carloseduardoacevedo@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3115852782 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | AK 32 43 61 SUR | **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:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24135698099** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 4331 2025** | **N° CDP:** | **55** | **N°CRP:** | **10674** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**<br>**DOS (2) MESES DIECISIETE (17) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **24/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **9/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :**<br>**$** 7.359.398 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 1/02/2025 AL 28/02/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | $ 574.953 | | | | | |
| **EN** | **QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE** | | | | | |

**NOMBRE:** CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO
**CC** 80.811.594
**CEL** 3115852782

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **80.811.594** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN 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 4331 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **24/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ | 1.476.158 | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ | 7.359.398 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 574.953 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **2** | **N° CRP INICIAL:** | **10674** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **55** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES DIECISIETE (17) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9481538236 - 9481660150 | | **OPERADOR:** | | APORTES EN LINEA |
| **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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° 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 1/02/2025 AL 28/02/2025

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**LORENZA BECERRA CAMARGO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**LILIANA TELLEZ VALBUENA**<br>**PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR** |

Medellín, 20 de enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que ACEVEDO AREVALO CARLOS EDUARDO con documento de identidad C80811594, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO con NIT C80811594.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2022-04-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

## CERTIFICA QUE:

**CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.811.594**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Carlos Eduardo Acevedo Arevalo, identificado(a) con CC número 80811594, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 80811594 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Carlos Eduardo Acevedo Arevalo |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 06/02/1985 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/10/2019 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 57 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 45 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/10/2019 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 80811594 CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO Desde 01/02/2022 - Vigente

Generado por interfaces 17/02/2025

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

