	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

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:**		$ 2.460.264
Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP:**	10674	**Nº 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

Nº DE MODIFICACIÓNES 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**
Nº 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 (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**	**VÁLOR 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			
	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 Acevedo

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** **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** **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**	**Nº CUENTA:**	**24135698099**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4331 2025**	**Nº CDP:**	**55**	**NºCRP:**	**10674**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **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 :** **$ 7.359.398**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.460.264					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					

Carlos Acevedo

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** **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			**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:**		**$** 2.460.264
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	**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**			

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:** **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**

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 80811594		ACEVEDO AREVALO CARLOS EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18C # 27 - 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5217077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1256498982	9481538236	I	2025/02/24	2025/02/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$421,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$421,900	$0	$0	$421,900

2025/02/10 12:36 PM

aportes en línea

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 80811594		ACEVEDO AREVALO CARLOS EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18C # 27 - 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5217077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1256498982	9481538236	I	2025/02/24	2025/02/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$421,900

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)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	80811594	ACEVEDO CARLOS	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$7,500		$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 80811594		ACEVEDO AREVALO CARLOS EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18C # 27 - 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5217077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1263705542	9481660150	N	2025/02/24	2025/02/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$27,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,200	$0	$0	$27,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$27,200	$0	$0	$27,200
TOTAL				1	$27,200	$0	$0	$27,200

2025/02/13 10:35 AM

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 80811594		ACEVEDO AREVALO CARLOS EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18C # 27 - 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5217077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1263705542	9481660150	N	2025/02/24	2025/02/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$27,200

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)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$27,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$27,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$27,200		$0	$0
1	CC	80811594	ACEVEDO CARLOS	230301	30	($1,423,500)	($227,800)	EPS005	30	($1,423,500)	($178,000)	CCF22	30	($1,423,500)	($8,600)	14-11	30	($1,423,500)	($7,500)	30	$0	$0
2	CC	80811594	ACEVEDO CARLOS	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$27,200		$0	$0



¡Hola, carlos eduardo acevedo arevalo!

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1256498982
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9481538236
Valor de la Transacción: $ 421.900
Fecha de Transacción: 10/02/2025

Activa
Ve a Co

ópse@achcolombia.com.co



¡Hola, carlos eduardo acevedo arevalo!

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1263705542
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9481660150
Valor de la Transacción: $ 27.200
Fecha de Transacción: 13/02/2025

Activar Windows