	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 TECNICO 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**	23/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.476.158	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES DIECISIETE (17) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.876.535	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.515.989		
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	10040	**Nº CDP:**	55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) 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:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE POLIZA:		**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 actividades específicas realizadas durante el mes)

ÍTEM	
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:	9484510480	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	11/04/2025	$ 341.300
PENSIÓN:	PORVENIR	11/04/2025	$ 436.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/04/2025	$ 66.600
OTRO	CCF COLSUBSIDIO	11/04/2025	$ 16.400
	TOTAL PAGADO		**$ 861.100**

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 calculó 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 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: 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 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: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO	**CC:**	80.811.594
		RUT (NIT):	80.811.594
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.

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 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:**	1185	**N°. CRP:**		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 10.876.535
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01-04-2025 AL 30-04-2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.515.989 DOS MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARLOS EDUARDO ACEVEDO AREVALO

CC: **80.811.594**

CEL: **3115852782**

	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 TECNICO 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	23/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.476.158					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.876.535		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.515.989		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4 de 4	Nº CRP INICIAL:	10040	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	55	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	94R4510480	OPERADOR:	APORTES EN LINEA			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	CDP DE LA ADICIÓN:	1185	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	

IV. VERIFICACIÓN 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 01-04-2025 al 30-04-2025

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

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
2025-02	2025-02	1330138601	9482877839	I	2025/03/25	2025/03/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$861,100

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)							$2,730,000	$436,800			$2,730,000	$341,300			$2,730,000	$16,400			$2,730,000	$66,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$2,730,000	$436,800			$2,730,000	$341,300			$2,730,000	$16,400			$2,730,000	$66,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$2,730,000	$436,800			$2,730,000	$341,300			$2,730,000	$16,400			$2,730,000	$66,600		$0	$0
1	CC	80811594	ACEVEDO CARLOS	230301	30		$2,730,000	$436,800	EPS005	30	$2,730,000	$341,300	CCF22	30	$2,730,000	$16,400	14-11	30	$2,730,000	$66,600	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$2,730,000	$436,800			$2,730,000	$341,300			$2,730,000	$16,400			$2,730,000	$66,600		$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
2025-02	2025-02	1330138601	9482877839	I	2025/03/25	2025/03/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$861,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$436,800	$0	$0	$436,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$436,800	$0	$0	$436,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$66,600	$0	$0	$66,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$66,600	$0	$0	$66,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,400	$0	$0	$16,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$16,400	$0	$0	$16,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$341,300	$0	$0	$341,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$341,300	$0	$0	$341,300
TOTAL				1	$861,100	$0	$0	$861,100

Gmail CARLOS EDUARDO ACEVEDO A. <carloseduardoacevedo@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1330138601

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de marzo de 2025, 20:13
Para: carloseduardoacevedo@gmail.com



¡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: 1330138601
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9482877839
Valor de la Transacción: $ 861.100
Fecha de Transacción: 11/03/2025

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 frencuentemente.