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 EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2**

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

EXENOVER VARGAS BUSTOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79,810,420				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1459 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**02/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**11,680,200**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**23,360,400**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3,893,400**	
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	6120	**Nº CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4CA CENTRO DE SALUD CANDELARIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANETH TORRES RODRÍGUEZ- JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANOS.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 11,680,200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	778	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12021	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

III. POLIZAS

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

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	Durante este mes se realiza asistencia técnica a las formas de Participación Social (COPACOS Santa Fe, COPACOS los Mártires, COPACOS Candelaria y Asociación de Usuarios Centro Oriente) de acuerdo a los cronogramas mensuales
2	Durante este mes se realiza asistencia técnica a las formas de Partipación Social (COPACOS Santa Fe, COPACOS los Mártires, COPACOS Candelaria y Asociación de Usuarios Centro Oriente)de acuerdo a los cronogramas mensuales
3	Para este mes se realiza convocatoria a los líderes de las formas a espacios de: Rendición de Cuentas del Talento Humano Subred CO
4	Se realizan procesos de capacitación con los COPACOS de Santa Fe, Los Mártires, Candelaria y Asociación de Usuarios Centro Oriente , de acuerdo a los temas de interés de la comunidad.
5	Se realiza asistencia técnica a los COPACOS de Santa Fe, Los Mártires y Candelaria en la presentación de iniciativas comunitarias en el marco de presupuestos participativos.
6	Se asiste de forma oportuna al desarrollo de la mesas de salud de salud a mi barrio y salud a mi vereda, de acuerdo al modelo de salud, grupos funcioncales y mesa comunitaria de la localidad de los Mártires
7	Promover los programas de salud a la ciudadanía según el modelo territorial
8	Asistir a las capacitaciones que ofrece la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
9	Brindar asistencia técnica a los COPACOS Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria.
10	Fortalecer los procesos permanentes de Control Social por medio de acompañamiento permanente a la Asociación de Usuarios Centro Oriente constituidas en la Subred Centro Oriente
11	Asistir a las reuniones que ofrece la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
12	Desarrollar los subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
13	Guardar evidencias preservando la confidencialidad de la información.
14	Establecer cronogramas de actividades a realizar.
15	Identificación institucional en los mecanismos de participación social en salud.
16	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7963762822	**OPERADOR:**	SOI PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	09/04/2025	$ 195,400
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	09/04/2025	$ 250,100
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	09/04/2025	$ 38,200
OTRO	**COLSUBSIDIO**	09/04/2025	$ 9,500
TOTAL PAGADO			**$ 493,200**

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

EXENOVER

EXENOVER VARGAS BUSTOS:
CC:79.810.420
CEL:3163576714

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**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EXENOVER VARGAS BUSTOS	**CC:**	79810420
		RUT (NIT):	7 9 8 1 0 4 2 0 - 3
CORREO ELECTRÓNICO:	exenovervargas6@yahoo.es	**TELÉFONO:**	3163576714
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 13 SUR # 24 D 86 SUR APT 202 TORRE 1	**CIUDAD:**	BOGOTA

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

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:~~	**SCOTIABANK COLPATRIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**4672009630**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1459 2025**	**Nº CDP:**	**778**	**Nº. CRP:**	**12021**	**PLAZO DE CONTRATO INCLUIDAS PROLOGAS: SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**02/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DE CONTRATO IMCLUIDAS ADICIONES: 23.360.400**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$					**3,893,400**
	TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS					

EXENOVER

EXENOVER VARGAS BUSTOS
C.C 79.810.420
cel: 3163576714

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	EXENOVER VARGAS BUSTOS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79,810,420**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1459 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**02/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11,680,200				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23,360,400		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3,893,400
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4 DE 4	**Nº CRP INICIAL:**	6120	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7963762822		**OPERADOR:**	SOI PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4CA CENTRO DE SALUD CANDELARIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANETH TORRES RODRÍGUEZ - JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 11,680,200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	778	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12021	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	N/A	**NO**	N/A	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		N/A	

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?		N/A
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:** **SHIRLEY JANETH TORRES RODRÍGUEZ** **CARGO:** **JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANOS** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS** **PERFIL:** **TECNICA ADMINISTRATIVA**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79810420
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EXENOVER VARGAS BUSTOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 20 SUR 7 - 12	TELÉFONO:	3183576
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7963762822		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		5					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1998929558

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 249.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 249.200	$ 900	$ 250.100
SUBTOTALES:										$ 249.200	$ 900	$ 250.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 194.700	$ 0	$ 700	$ 0	$ 194.700	$ 700	$ 0	$ 195.400
SUBTOTALES:													$ 194.700	$ 700	$ 0	$ 195.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 38.000	$ 38.000	$ 200	$ 0	$ 38.200
SUBTOTALES:									$ 38.000	$ 200	$ 0	$ 38.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 9.400	$ 100	$ 9.500
SUBTOTALES:			$ 9.400	$ 100	$ 9.500

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES					
																									PENSIÓN							SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINCULT
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETORNA TRIBUTARIA	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79810420	VARGAS BUSTOS EXENOVER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.557.360				NO																231001-COLFONDOS	30	$ 1.557.360	$ 249.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.557.360	$ 194.700	$ 0	$ 194.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.557.360	79810420	$ 38.000	30	$ 1.557.360	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 493.200