

4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar y ejecutar todas las actividades de transporte para la ejecución apropiada de vacunación de acuerdo al seguimiento de la cohorte 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico y en magnetico
5	1. OBLIGACIÓN: El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumple y manifiesta en totalidad con la documentación requerida para realizar las funciones y obligaciones contraídas en el transporte, para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico y en magnetico
6	1. OBLIGACIÓN: Deberá disponer de los documentos completos en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases. SOAT, IC) 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumple con la documentación del vehículo y del propietario de acuerdo a la normatividad vigente del código nacional de tránsito y transporte Ley 769 de 2007, establece en el artículo 34 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico y en magnetico
7	1. OBLIGACIÓN: Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el copiloto), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Al momento de realizar las actividades diarias se cuenta con los elementos de protección personal (EPP) para el equipo de trabajo teniendo cuenta la normatividad vigente resolución 1737 de 2004 - NTC 4533 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico y en magnetico
8	1. OBLIGACIÓN: El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: El propietario o trabajador se compromete y es responsable del mantenimiento del vehículo como los son combustible y demás gastos que requiera la motocicleta 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico y en magnetico
9	1. OBLIGACIÓN: Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de Inmunización por la coordinadora del mismo 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir y asistir a las actividades programadas por la coordinación del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), siendo parte integral del presente contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico y en magnetico
10	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con las obligaciones contractuales con oportunidad y calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico y en magnetico
11	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico y en magnetico

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9485532759	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	12/05/2025	\$	178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/05/2025	\$	227,800
RIESGOS LABORALES:	NO APLICA			
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$	405,800

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 ningún 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

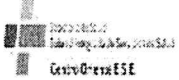
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Jhon Casallas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ
CC: 1.023.971.191
CEL 3108588980

		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 GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ			CC:	1,023,971,191
CORREO ELECTRÓNICO:	jcasallas131@gmail.com			RUT (NIT):	1023971191-9
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 ESTE 29 30 SUR			TELÉFONO:	3108588980
				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	Nº CUENTA:	24098794168
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 3794 2025	Nº CDP:	5 - 1147	Nº. RP:	5510 - 14244
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2,497,248				
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS				
Jhon Casallas					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ					
CC:	1,023,971,191				
CEL:	3108588980				

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP 1A FT 078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024 09 16		
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION						
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,023,971,191			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE MOTO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3794 2025		FECHA INICIO CONTRATO		01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 14,514,288				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14,983,100		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2,497,248	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6 de 6	Nº CRP INICIAL:	5510	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	5	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485532759		OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	\$ 468,812	CDP DE LA ADICIÓN:	1147	RP DE LA ADICIÓN:	14244	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)						
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		N/A		

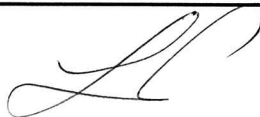
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 01/05/2025 al 31/05/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:


 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
 PERFIL:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30


 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
 LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ
 PERFIL:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

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 1023971191		CASALLAS RODRIGUEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6 29-30 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3679144	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-04	2025-04	1471097620	9485532759	I	2025/05/22	2025/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	\$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC 1023971191	CASALLAS JHON	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000	0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total		Afiliados(1)			\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

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 1023971191		CASALLAS RODRIGUEZ JHON JAIR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6 29-30 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3679144	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-04	2025-04	1471097620	9485532759	I	2025/05/22	2025/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	\$405,800

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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$405,800	\$0	\$0	\$405,800

Pago de servicios electrónicos



Resultado de la transacción

Transacción exitosa.



Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA

9 mayo 2025 7:20 pm

DIRECCIÓN IP: 191.95.54.56

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII5129329332375802

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

58024JGV

NOMBRE DEL COMERCIO	APORTES EN LINEA
NIT DEL COMERCIO	9999001472382
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$405.800,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	9485532759
FECHA DE LA SOLICITUD	9 mayo 2025
REFERENCIA 1	191.95.54.56
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1023971191
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1471097620
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de la Planilla de aportes con clave 9485532759
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****4168