

9	<p>1. OBLIGACIÓN: 9. 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión de calidad formatos excel con BAI por UPGD / Consolidado BAI mensual y trimestral para presentar a Referentes distritales SDS / Retroalimentación calidad BAI por correo electrónico. Depuración etiqueta correo de epidemiología - BAI</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Ruta Preauditiva: \\172.26.33.40\Siviglia2025\S250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\22. PREAUDIT_MES_A_MES\5.MAYO_4176</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: 10. 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Depuración etiqueta correo de epidemiología - BAI / Retroalimentación calidad BAI por correo electrónico / Verificación de variables RIPS: documento, edad, sexo, código CIE10, nacionalidad, DX, mes.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Siviglia2025\S250_46_8_BAI\TRANSMISIBLES\JULIO\</p>

III. 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 **08/08/2025** al **31/08/2025**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		
PENSIÓN:	PORVENIR		
RIESGOS LABORALES:	SURA		
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ -




V. 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.

VI. ANEXOS

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR CC: 1193563126
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 MARIA CRISTINA DUARTE GARZON SUPERVISOR DEL CONTRATO



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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR	CC:	1.193.563.126
CORREO ELECTRÓNICO:	felipeandreo17@gmail.com	TELÉFONO:	3006381793
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49 A BIS SUR 10D 20	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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 párrafo 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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	057004870516525
--------------------------	------------------	-----------------	---------	------------	-----------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 6133 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.946.223
FECHA DE INICIO CONTRATO	05/08/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	8/08/2025	AL	31/08/2025

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR

CC: 1.193.563.126
CEL: 3006381793



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR identificado(a) con CC 1193563126 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 20/10/2021
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 08 días del mes agosto del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.




SOLICITUD CARGUE PLANTILLA AFILIACIONES SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTE 4

Desde Juan Sebastian Casas <apoyocontratacion@subredcentrooriente.gov.co>

Fecha Lun 11/08/2025 5:35 PM

Para Carlos Andres Franco Chacon <cafranco@sura.com.co>

CC Jorge Alberto García González <direccioncontratacion@subredcentrooriente.gov.co>

 1 archivo adjunto (1 MB)

REGISTRO MASIVA SURA 11082025.xlsx;

Cordial saludo:

Conforme con las instrucciones suministradas, adjunto envió plantilla afiliaciones diligenciada para cargue correspondiente al sistema **SURA**, quedo atento de sus comentarios.

Cordialmente,



Juan Sebastian Casas Cardenas

Profesional Universitario Bienes y Servicios

Dirección de Contratación

3138040799

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

DATOS DE TRÁMITE			DATOS DEL EMPLEADOR / CONTRATANTE				DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR								DI			
TIPO DE TRÁMITE OBLIGATORIO	CODIGO TIPO DE COTIZANTE OBLIGATORIO	CODIGO SUBTIPO DE COTIZANTE	NÚMERO DE CONTRATO / POLIZA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL OBLIGATORIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN OBLIGATORIO	NÚMERO DEL DOCUMENTO DEL EMPLEADOR / CONTRATANTE OBLIGATORIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN OBLIGATORIO	NÚMERO DEL DOCUMENTO OBLIGATORIO	APELLIDO1 OBLIGATORIO	APELLIDO2 OBLIGATORIO SI LO TIENE	NOMBRE1 OBLIGATORIO	NOMBRE2 OBLIGATORIO SI LO TIENE	SEXO OBLIGATORIO	FECHA DE NACIMIENTO (DDMMAAAA) OBLIGATORIO	SELECCIONE LA EPS (OBLIGATORIO)	SELECCIONE LA AFP (OBLIGATORIO)	SALARIO / INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (EC) (OBLIGATORIO)	FECHA DE INICIO DE COBERTURA (DDMMAAAA) (OBLIGATORIO)
INGRESO	de prestación de servicios			SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS		9009909	C-CEDULA DE CIUDADANIA	183563726	ROSEBO	TOVAR	ANDRES	FELIPE	M-MASCULINO	30/12/2002	017-EPIS FANBANARILTA	003-PORVENIR	1423500	1/06/2025



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.563.126**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141189256657



(415)7707212489984(8020) 000014118925665 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 9 3 5 6 3 1 2 6 6 6. DV 7 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 26. Número de Identificación 1 1 9 3 5 6 3 1 2 6 29. Departamento Bogotá D.C. 1 1 30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1 31. Primer apellido ROSERO 32. Segundo apellido TOVAR 33. Primer nombre ANDRES 34. Otros nombres FELIPE 35. Razón social 36. Nombre comercial 37. Siglas

UBICACIÓN

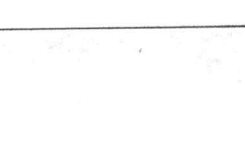
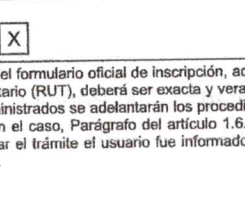
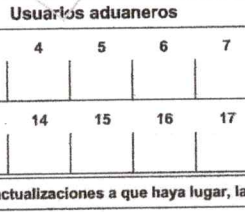
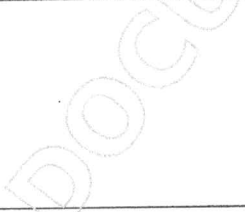
38. País COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento Bogotá D.C. 1 1 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1 41. Dirección principal CL 49 A BIS SUR 10 D 20 42. Correo electrónico felipeandreo17@gmail.com 43. Código postal 1 1 1 8 3 1 44. Teléfono 1 3 0 0 6 3 8 1 7 9 3 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación		
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	
8 2 9 9	2 0 2 1 0 8 1 3						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
 49 - No responsable de IVA



Usuarios aduaneros										Exportadores				
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			1 2 3		
												57. Modo		
												58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
 Firma autorizada:

984. Nombre ROSERO TOVAR ANDRES FELIPE
 985. Cargo CONTRIBUYENTE