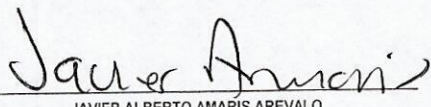
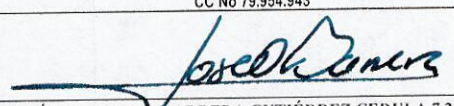
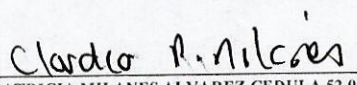


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				FECHA: 2025-06-09	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JAVIER ALBERTO AMARIS AREVALO					
CON C.C.N°				79.954.943	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5739 2024		FECHA INICIO CONTRATO	10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.342.848		No. HORAS EJECUTADAS	NO APLICA	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.669.146		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.450.810	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 21 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05				
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
1	Atendi lo relacionado con los trámites y seguimiento de lo relacionado con la contratación del personal adscrito a la Unidad Funcional Convenio de Atención Prehospitalaria - Manejo de la base de datos remitida por el área de contratación para reporte al informe de la UF y a quien solicite.				
2	Gestione lo relacionado con el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo en las unidades móviles y el personal adscrito a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria - Programación y participación del plan de acción de la línea psicosocial de SST en marco del convenio APH.				
3	Participe en la actualización de los procedimientos de los formatos guías, protocolos y demás documentos que demande la Unidad Funcional Atención Pre-Hospitalaria - Apoyo a líder y profesional de enlace en la construcción de documentos para la Unidad Funcional y demás que se requieran.				
4	Contribuí activamente en la construcción, consecución de metas y mejora de los indicadores de gestión de su competencia acorde a las metas de la Subred Centro Oriente E.S.E. y el plan operativo anual - Se realiza apoyo en la presentación de los indicadores e informes requeridos del convenio 7120405-2024.				
5	Mantuve una comunicación efectiva con las diferentes áreas con las que se relaciona la operatividad de la Unidad Funcional Atención Prehospitalaria - Comunicación asertiva con los demás procesos de la Subred para la operatividad de la Unidad Funcional.				
6	Elabore, tramite y realice seguimiento de las actividades relacionadas con el objeto contractual de la Unidad Funcional Atención Prehospitalaria para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria Convenio interadministrativo 7120405-2024 suscrito entre la Subred Centro Oriente y la secretaria Distrital de Salud - Realice seguimiento de los radicados a la DUES, hasta el word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios - Entrega de los formatos en el tiempo establecido.				
7	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios - Entrega de los formatos en el tiempo establecido.				
8	Realice las demás actividades asignadas por el supervisor y que son inherentes con el objeto del contrato - Se cumplen con las labores asignadas objeto del contrato y las demás solicitadas por el personal administrativo del programa, apoyo a la supervisión y el supervisor del contrato.				
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO 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				X
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal				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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025) AL (31/08/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	89040943		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	FAMISANAR	15/08/2025	\$ 178.300		
PENSIÓN:	PROTECCION	15/08/2025	\$ 228.100		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/08/2025	\$ 34.800		
OTRO					
TOTAL PAGADO			\$ 441.200		
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 ítem se calculo 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 fotográficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 JAVIER ALBERTO AMARIS AREVALO CC No 79.954.943			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:		 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH			

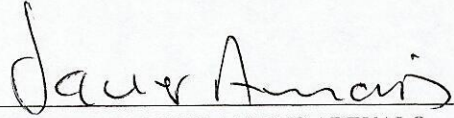
1911

1912

1913

1914

1915

	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:	JAVIER ALBERTO AMARIS AREVALO	CC: 79.954.943
CORREO ELECTRÓNICO:	jamaris80@gmail.com	TELÉFONO: 310 647 57 01
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 42 F Sur N° 87 B 16	CIUDAD: BOGOTA
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 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	TIPO DE CUENTA: AHORROS N° CUENTA: 24074123258
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO		
N° DEL CONTRATO:	PS 5739 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO \$ 3.450.810
FECHA DE INICIO CONTRATO:	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025	
 JAVIER ALBERTO AMARIS AREVALO CEDULA: 79.954.943 CELULAR: 310 647 57 01		

1915

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL.EADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	1	15/08/2025	88940943	\$441.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar Afiliados	No.	
230201	Proteccion (ING++Prestecion)		8602293739-0	227,800	0	0	0	2	300	0	228,100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Repetidas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178,000	178,300
Pension	1	227,800	228,100
Religios Laborales	1	34,700	34,800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440,500	441,200

