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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**EXENOVER VARGAS BUSTOS**				**CC:**	**79810420**
CORREO ELECTRÓNICO:	**EXENOVERVARGAS6@YAHOO.ES**				**TELÉFONO:**	**3163576714**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 SUR 22 A 14 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4672009630**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1459 2025**	**N° CDP:**	**2498**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.893.400**					

EXENOVER VARGAS BUSTOS
PS_1459_2025_3745D3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EXENOVER VARGAS BUSTOS
CC: 79810420
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 EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y EXENOVER VARGAS BUSTOS			
	CON C.C N°	**79.810.420**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION 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**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.934.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

ITEM	**II. 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	Identificación institucional en los mecanismos de participación social en salud.
2	Durante el mes, se cumplió con la asistencia y participación en las capacitaciones, tanto virtuales como presenciales, ofrecidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., las cuales estuvieron orientadas al fortalecimiento de las competencias de las diferentes formas de participación social.
3	Fortalecer constantemente los procesos de Control Social mediante un acompañamiento activo y permanente a la Asociación de Usuarios del Centro Oriente, debidamente constituida dentro de la Subred Centro Oriente.
4	Se brinda asistencia técnica a los COPACOS de Santa Fe, Los Mártires y Candelaria en la formulación y presentación de sus iniciativas comunitarias, con el objetivo de asegurar su participación efectiva en los procesos establecidos legalmente.
5	Se brindó asistencia oportuna al desarrollo de la Mesa Local, enmarcada en el Modelo Listos + Bienestar, articulando las orientaciones de la oficina de Asistencia Técnica de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud con las formas de participación social legalmente constituidas en la Subred Centro Oriente.
6	Durante el mes, el Modelo de Salud Territorial impulsó una estrategia colaborativa con los equipos de salud pública para fortalecer la participación ciudadana. Se convocó activamente a los COPACOS y asociaciones de usuarios, incentivando su rol en las actividades del modelo. Además, se brindó acompañamiento técnico en jornadas comunitarias y mesas locales, consolidando espacios de diálogo y co construcción con la comunidad.
7	Elaboré un cronograma mensual de actividades y, durante el mes, cumplí puntualmente con todas las obligaciones según la demanda y los plazos establecidos.
8	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
9	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.
10	Durante el mes en curso se brindó asistencia técnica a las formas de Participación Social (los COPACOS Santa Fe, Los Mártires, Candelaria y la Asociación de Usuarios Centro Oriente), conforme al plan de trabajo programado. Las intervenciones incluyeron información de la oficina de participación comunitaria, capacitación para su conocimiento y fortalecimiento de sus capacidades organizativas, seguimiento personalizado, entrega de reportes institucionales y convocatorias de instituciones distritales.
11	Para este mes se realiza convocatoria a los líderes de las formas a espacios de : Listos para más bienestar" de la Secretaría Distrital de Salud: fortalecimiento y formulación de propuestas de proyectos de participación social en el marco; Taller de laboratorios de salud mental; Taller uso de Chatico.
12	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.
13	Brindar asistencia técnica a los COPACOS Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria.
14	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.
15	Desarrollar los subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
16	Guardar evidencias físicas y digitales, preservando la confidencialidad de la información.

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7978694556	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/08/13	$ 195.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/08/13	$ 250.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	$ 38.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 484.200

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*EXENOVER VARGAS BUSTOS* *PS_1459_2025_3745D3* **EXENOVER VARGAS BUSTOS** **CC: 79810420**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LEIDY JOHANA FUYA MUNEVAR* *PS_1459_2025_3745D3* **LEIDY JOHANA FUYA MUNEVAR** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1459_2025_3745D3* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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:	3163576
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:	**7978694556**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	7		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1697476918

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	$ 1.200	$ 0	$ 249.200	$ 1.200	$ 250.400
SUBTOTALES:										**$ 249.200**	**$ 1.200**	**$ 250.400**

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	$ 900	$ 0	$ 194.700	$ 900	$ 0	$ 195.600
SUBTOTALES:													**$ 194.700**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 195.600**

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**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINED
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	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	$	$	$	$	Normal	$ 249.200	EPS037-NUEVA EPS	30	1.557.360	$ 194.700	$	$ 194.700	14-11 - ARL SURA	30	1.557.360	79810420	$ 38.000	30	1.557.360	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 9.400	$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 493.700