	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** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA			
	CON CC: Nº	80,060,203	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 4022 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15,684,528	**No. HORAS EJECUTADAS**	128
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21,602,892	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,877,248
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	7 MESES 30 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSA 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atención oportuna de actividades asignadas en la línea de intervención Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico y acciones de Inspección, Vigilancia y Control de en las localidades vigiladas por la subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en físico.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientos del coordinador del área. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación.
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva de acuerdo a la meta establecida. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.

7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de entornos y/p procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO
8	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes entregados de acuerdo con las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos físicos en archivo central del área VSA.
9	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO
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: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciacion y/o educacion para la salud publica, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciacion y/o educacion para la salud publica, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO.
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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación.

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 01/08/2025 al 31/08/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9489066008	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/08/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	$ 34,700
OTRO	CCF COMPENSAR	15/08/2025	$ 28,500
TOTAL PAGADO			**$ 469,000**

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 ningun 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA** **CC: 80060203**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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:	ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA	**CC:**	80,060,203
CORREO ELECTRÓNICO:	ing.alvaro.suarez11@gmail.com	**TELÉFONO:**	3124865325
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 22 18 A 66 AP 419	**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 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 DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	480900031992

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4022 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 1,877,248
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025 AL 31/08/2025		

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA
CC: 80,060,203
CEL: 3124865325

aportes en línea

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 80060203		SUAREZ UYASABA ALVARO WILLIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 22 N 18 a 66 APTO 419	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3030507	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1702084038	9489066008	I	2025/08/04	2025/08/15	BANCO DAVIVIENDA	11	$472,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 80060203	SUAREZ ALVARO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

2025/08/14 08:42 PM

aportes en línea

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 80060203		SUAREZ UYASABA ALVARO WILLIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 22 N 18 a 66 APTO 419	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3030507	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1702084038	9489066008	I	2025/08/04	2025/08/15	BANCO DAVIVIENDA	11	$472,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$300	$0	$35,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$300	$0	$35,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$200	$0	$28,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$200	$0	$28,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
TOTAL				1	$469,000	$3,400	$0	$472,400

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **80060203** y es titular de la cuenta terminada en ****1992** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
14/08/2025	$ 472.400,00	APORTES EN LINEA	1702084038	02084038

Se expide en Bogotá, el 15-08-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA