

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	FABIAN DAVID JEREZ VARGAS			CC:	1033790636	
CORREO ELECTRÓNICO:	Fabian960815@gmail.com			TELÉFONO:	3134899381	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 63A 18P 06 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	481870036227	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5611 2025	N° CDP:	2502	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.170.340					



FABIAN DAVID JEREZ VARGAS
PS_5611_2025_6476A0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FABIAN DAVID JEREZ VARGAS

CC: 1033790636

CEL: 3134899381

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

FABIAN DAVID JEREZ VARGAS

CON C.C N°

1.033.790.636

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5611 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.170.340	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.851.700	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.170.340
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	OFELIA GUEVARA GÓMEZ
------------------------	----------------------

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	1.ELABORAR, CONSOLIDAR Y/O MANTENER LA DOCUMENTACION ACTUALIZADA DEL PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN MATERIA DESDE EL ALCANCE DE LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO - SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 2. ESTABLECER Y DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN MATERIA DE SEGURIDAD VIAL, CON ENFOQUE EN LA PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO RELACIONADOS CON EL PELIGRO DE TRANSITO, CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS LEGALES QUE ESTABLECE LA NORMATIVIDAD COLOMBIANA. 3. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y FOMENTO DE UNA CULTURA QUE CONDUZCA A LAS MEJORES PRACTICAS EN MATERIA DEL CUMPLIMIENTO A LAS REGULACIONES INTERNAS FRENTE AL USO DEL CINTURON, TOLERANCIA CERO AL USO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS, NO USO DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS Y DEMAS RELACIONADAS. 4. ARTICULAR CON LAS LINEAS DE ACCION CORRESPONDIENTES AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACCIONES QUE PROMUEVAN LA PREVENCION DE LA FATIGA, PREVENCION DE LESIONES OSTEOMUSCULARES Y LA PROMOCION DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES. 5. REALIZAR EL SEGUIMIENTO, EN ARTICULACION CON EL PROCESO DE TRANSPORTES DE LA DIRECCION ADMINISTRATIVA FRENTE A LOS ASPECTOS DE SEGURIDAD DE VEHICULOS E INFRAESTRUCTURA DE LA MALLA INTERNA. 6. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO TECNICO Y ASESORIA AL COMITE DE SEGURIDAD VIAL DEFINIDO SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y ROLES, ESPECIFICO PARA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
---	--

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490791007	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	NUEVA EPS	2025/09/15	\$ 178.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/15	\$ 228.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/15	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.300
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 ningún 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	 FABIAN DAVID JEREZ VARGAS PS_5611_2025_6476A0 FABIAN DAVID JEREZ VARGAS CC: 1033790636		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 OFELIA GUEVARA GÓMEZ PS_5611_2025_6476A0 OFELIA GUEVARA GÓMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033790636		JEREZ VARGAS FABIAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 63a 18p 06sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1776048004	9490791007	I	2025/09/09	2025/09/15	BANCO DAVIVIENDA	6	\$442,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$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			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1033790636	JEREZ FABIAN	231001	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5037	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033790636		JEREZ VARGAS FABIAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cit 63a 18p 06sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1776048004		9490791007	I	2025/09/09	2025/09/15	BANCO DAVIVIENDA	\$442,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,800	\$0	\$442,300	