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: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FREDY HERNAN JEREZ HENAO**			**CC:**	**80442629**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FREDYJ2206@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3152502639**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78B BIS 73 34 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488421750644**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1964 2025**	**N° CDP:**	**2465**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.672.026**					

FREDY HERNAN JEREZ HENAO
PS_1964_2025_609A0F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FREDY HERNAN JEREZ HENAO
CC: 80442629
CEL: 3152502639

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			
FREDY HERNAN JEREZ HENAO			
	CON C.C N°	**80.442.629**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, CORRESPONDENCIA CON MOTO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1964 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	3.No se realizó esta actividad debido a que por la rotación de rutas de los mensajeros me encontraba en la ruta de mensajería externa a entes de control, usuarios y otras entidades.
2	2.No se realizó esta actividad debido a que por la rotación de rutas de los mensajeros me encontraba en la ruta de mensajería externa a entes de control, usuarios y otras entidades
3	12.Se diligencia correctamente las actividades realizadas según las obligaciones específicas del contrato, en el nuevo aplicativo.
4	13.Se realizó el cargue en el SECOP II de los soportes para pago del mes de septiembre de 2025.
5	14.Se acepto y envío a la entidad estatal, a finales de junio, la adición del contrato PS 1964 2025 con CDP 2465
6	15.Se mantuvo absoluta reserva sobre la información institucional al cargo.
7	1.Se realizo la labor de radicación de un total de 172 comunicados así: 1.Entidades:71 oficios 2.Usuarios:17 oficios 3. SDS: 52 oficios 4.Centros:30 oficios 5.Devoluciones: 2 oficios https://drive.google.com/drive/folders/1y_fUdiati-jZp6jbuDNpQs9kSAY1lFpy?usp=drive_link
8	11.Presenté la planilla No 8389252184, correspondiente al pago de aportes a seguridad social, para el mes de Agosto de 2025
9	16.Esta actividad no se realizó, debe realizarse a la finalización del contrato y aún se encuentra vigente.
10	4.Se hace entrega a diario de la correspondencia recibida por los usuarios al personal de ventanilla única de correspondencia, para su respectiva verificación. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1y_fUdiati-jZp6jbuDNpQs9kSAY1lFpy?usp=drive_link
11	5.Esta actividad no se requirió para el periodo del informe.
12	6.Certificó por escrito la titularidad del vehículo y anexo los documentos correspondientes
13	7.Cuento con los implementos de seguridad personal como se evidencia a continuación:
14	8.Se realizó mantenimiento de la moto
15	9.Se apoya actividad de mensajería interna, recogiendo diferentes comunicados en Bodega y Santa Clara para ser radicados de manera urgente
16	10.Anexo planilla manual, de productividad mensual.

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° 8389252184	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/11	$ 61.923
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 467.723

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	*FREDY HERNAN JEREZ HENAO* *PS_1964_2025_609A0F* **FREDY HERNAN JEREZ HENAO** **CC: 80442629**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_1964_2025_609A0F* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1964_2025_609A0F* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): FREDY HERNAN JEREZ HENAO
No. Identificación: CC80442629
Dirección: KR 78 B BIS NO 73 34 SUR
Telefono: 7807684
Correo: fredyj2206@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389252184

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FREDY HERNAN JEREZ HENAO
Tipo y número de identificación	CC80442629
Número de planilla	8389252184
Fecha pago	2025-09-11
Número de autorización pago	1000000074
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2025
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2025
Número de Administradoras	2
Total Pagado	406700
Total Intereses de Mora	900

PAGADA
8389252184

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	228300	1
EPS008	Compensar EPS	178400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80442629
APELLIDOS Y NOMBRES: FREDY HERNAN JEREZ HENAO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1423500	1423500	0	0	178000	0	227800	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información