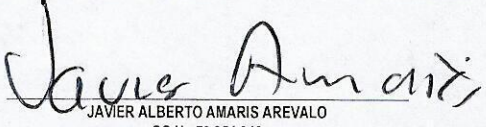
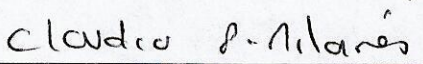
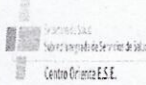
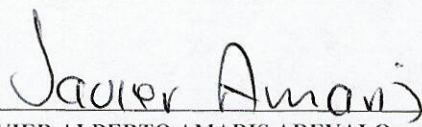


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-ET-077	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
JAVIER ALBERTO 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:	\$ 33.119.968	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.450.810
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 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	Atendí 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. Actualicé las bases de datos con el ingreso y salida del personal del programa APH.		
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. realicé seguimiento a las afiliaciones a ARL del personal activo el programa APH.		
3	Participé 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. Apoyé la modificación de cambios a las actividades realizadas por el personal del programa APH para la entrega de cuentas de cobro.		
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.		
7	Tramité 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	Realicé 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. Apoyé la radicación de informes en la SDS y en la sede administrativa de la Subred Co.		
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 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2025) AL (30/09/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	89788299	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	11/09/2025	\$ 178.200
PENSIÓN:	PROTECCION	11/09/2025	\$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/09/2025	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.000
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 íbc se calculó 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 CG No 79.954.943		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR CONTRATO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911 LÍDER PROGRAMA APH		

		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: 30/09/2025					
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:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
 JAVIER ALBERTO AMARIS AREVALO CEDULA: 79.954.943 CELULAR: 310 647 57 01					

100-100

100-100

100-100

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCABLES Y SALUD			
CC	73954943	JAVIER ALBERTO AMARIS ABEVALO	CALLE 138 # 132 -14	6979535	jamaris80@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIAÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIAÑO)		NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		EMPLAZADOS	UPC	TOTAL A PAGAR
	2025-08	2025-08	1	11/09/2025	89788299		1	0	\$441.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización
					No. Autorización	Valor			Valor Mora UPC
EPS017	Famisan EPS	830003564-7	178.000	0	0	0	0	1	210
									178.210
									1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
									Valor Mora FSP
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	1	200
									0
									228.000
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización
				No. Autorización	Valor	Sistemas			Subtotal
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	34.700				34.700	1	100
									34.800
									347
									34.800
									1

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

TOTALES PARAFISCABLES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Reportadoras	Valor antes de ICE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	178.000	178.200	
Pensión	1	227.800	228.000	
Riesgos 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	441.000	

2000