

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS			CC:	80235940	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDERSON_ARENAS@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3174994953	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73B 94 35			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91278128534	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5134 2025	N° CDP:	2489	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/26	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	\$ 4.227.120					
 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS PS_5134_2025_DB97FA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS CC: 80235940 CEL: 3174994953						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS				
CON C.C N°			80.235.940	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5134 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/03/26
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.527.040	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30.435.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.227.120	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ			
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	Recibí 549 cuentas de OPS que aun se siguen presentando de manera física			
2	Ejecute el pago de mi planilla acorde a mi IBC, se presento la cuenta de cobro y se subió la del mes anterior al sistema de informacion del SECOPII			
3	Efectuar la depuración de los OPS a los cuales debido a normatividad impositiva deben generar retención en la fuente, cumpliendo con las normas contables, su reconocimiento, revelación y medición. (130)			
4	Desarrollo y presentación a Líder de cuentas por pagar de los informes de estructura de Pasivos, IPS06, ips09, Acorde a los requerimientos de cada una de las entidades que los requieren, cumpliendo con los procedimientos vigentes en materia contable respecto al reconocimiento, medición y revelación de las cuentas por pagar.			
5	Desarrollo de las planillas respectivas de los OPS, para la presentación de las cuentas por pagar por honorarios, revisión y ajustes de los reportes en planos para comprobación de las cuentas y posterior confirmación en el aplicativo de Dinámica Gerencial.			
6	Ejecute 19 Causaciones de servicios públicos y tercerizados acordes a la normatividad vigente y a los procesos contables actuales.			
7	Apoye la gestión de la aplicación de comunicaciones internas y externas de AGILSALUD, dando respuesta oportuna .			
8	Revisión de la informacion de los proveedores (datos de comunicación - teléfono, nombres, correos) atención a proveedores para revisión de los estados de cuenta y conciliaciones(11proveedores), Se realizo el diligenciamiento de actas de conciliación de saldos para procesos de pago acorde al flujo de caja efectuado por la Secretaria de Salud (153)			
9	Creación de proveedores OPS con la respectiva configuración de la cuenta contable acorde al objeto del contrato (39)			
10	Apoyo a los informes solicitados por la Contraloría, Respuesta a la Dian en relacion a OPS,			
11	Se asistió a las diferentes capacitaciones o reuniones a las cuales fui programado por mi Líder, martes de Bienestar, Dian,			
12	creación de las diferentes mesas de ayuda en relaciona a las necesidades del sistema y de infraestructura. (5)			
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° 89303754	OPERADOR:	MI PLANILLA	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/10	\$ 211.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/10	\$ 270.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/10	\$ 41.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 523.200
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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	 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS PS_5134_2025_DB97FA JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS CC: 80235940		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LINA YISBETH NIÑO PATIÑO PS_5134_2025_DB97FA LINA YISBETH NIÑO PATIÑO SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 RONALD AGUILAR GOMEZ PS_5134_2025_DB97FA RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89303754	\$557.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	211.400	0		0		0	1	200	0	211.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	270.600	0	0	0	0	1	200	0	270.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	41.200				41.200	1	100	41.300			412	41.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.900	1	100	34.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
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. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	211.400	211.600
Pensión	1	270.600	270.800
Riesgos Laborales	1	41.200	41.300
CCF	1	33.900	34.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	557.100	557.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80235940	JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS		Calle 73 B N. 94-35	6017583027	anderson_arenas@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89303754	10
					TOTAL A PAGAR
					\$557.700

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	80235940	ARENAS VARGAS JOHN ANDERSON	59	0			N																		230301	1.691.000	270.600	0	0	0	0	EPS008	1.691.000	211.400	14-11	1.691.000	3	41.200	CCF24	1.691.000	33.900	0	0	0	0	0

PAGADA