

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.170.340	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 FABIAN DAVID JEREZ VARGAS PS_5611_2025_8CB3D7 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	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. 7. DESARROLLAR Y COORDINAR ACTIVIDADES DE FORMACION FRENTE A LA ATENCION DE VICTIMAS Y LESIONADOS POR EN CASO DE SINIESTRO VIAL. 8. GENERAR ESPACIOS DE CAPACITACION DIRIGIDOS A COLABORADORES COMO ACTORES VIALES EN NORMAS DE SEGURIDAD VIAL, PROMOVRIENDO LA CULTURA DE SEGURIDAD Y CUIDADO EN LAS VIAS PARA PEATONES, PASAJEROS Y CONDUCTORES. 9. REALIZAR MONITOREO Y SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS EN MATERIA DE SEGURIDAD VIAL EXIGIBLES APPLICABLES A SERVICIOS TERCERIZADOS EN ARTICULACION CON LA SUPERVISION DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE. 10. MANTENER EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO ESTADISTICO DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO RELACIONADOS CON EL PELIGRO VIAL Y APOYAR LA INVESTIGACION DE INCIDENTES O ACCIDENTES ASOCIADOS, CUANDO APLIQUE. 11. APOYAR EN EL DILIGENCIAMIENTO, CONSOLIDACION Y REVISION TECNICA DE LA INFORMACION DE LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO - SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RELACIONADA CON SIDEAP, INDICADORES DEL SISTEMA, ACUERDOS SINDICALES ENTRE OTROS INFORMES DE LA DEPENDENCIA. 12. PROTEGER Y MANTENER LA ESTRUCTURA LA INFORMACION INSTITUCIONAL CONFIDENCIAL QUE CONOZCA POR CAUSA O POR OCASION DEL CONTRATO, ASI COMO, RESPETAR LA TITULACION DE LOS DERECHOS DE AUTOR, EN RELACION CON LOS DOCUMENTOS, OBRAS Y CREACIONES QUE SE DESARROLLEN EN LA EJECUCION DEL CONTRATO. 13

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9492236238	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2025/10/15	\$ 178.700	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/15	\$ 228.700	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	\$ 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_8CB3D7 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_8CB3D7 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
2025-09	2025-09	1851671534	9492236238	I	2025/10/09	2025/10/15	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	EPS037	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
2025-09	2025-09	1851671534		9492236238	I	2025/10/09	2025/10/15	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	