

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.227.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/26	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS PS_5134_2025_DE9038 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	Brinde apoyo para el cierre de los documentos del aplicativo de Agilsalud (15)
2	Ejecute el informe trimestral que se presenta al SIVICOF CB118 cuarto trimestre de 2025.
3	Realice la verificación de saldos presentados por el área Contable para la conciliación de terceros del mes de septiembre de 2025.
4	Ejecute y presente a mi líder el informe mensual del DADEPS - ESTRUCTURA DE PASIVOS.
5	Ejecute, presente a mi líder y se valido con desarrollo Institucional el informe FT004 de la SUPER SALUD del Tercer trimestre de 2025.
6	Ejecute y presente a mi líder los dos informes de FENIX - ALMERA IOS06 E IPS09 correspondientes al mes de septiembre de 2025
7	Se realizo la verificación de los terceros creados por el área con table para confirmar su código CIIU e ICA, (118) - se crearon proveedores OPS (186), se imprimió los soportes, se realizo la depuración y se imprimo la depuración de rete fuente (388)
8	Recepciones las cuentas de OPS aplicativo anterior (1651)
9	Creación de proveedores (134) , se atendió a OPS para generación de certificado de Honorarios (12)
10	Realice la causaciones manuales de los OPS con diferentes tipos de % de retención e IVA (12)
11	Desarrolle la planilla de los OPS para gestionar con las novedades, retenciones y depuraciones, cuentas dobles. se registro las novedades, la depuración de retención. tanto la planilla inicial como la segunda planilla
12	Genere el ingreso de mi cuenta de cobro en SECOP, genere el pago de mis aportes sociales y presente mi cuenta de cobro del mes de octubre
13	Preste apoyo a mi líder para el proceso que se esta llevando con La Secretaria de Salud los acuerdos de pagos.
14	Asistí a la Reunión mesa de trabajo sobre los informes, capacitaciones de tecnovigilancia.
15	Soporte la solicitud de informes de Revisoría fiscal. muestreo

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° 90124871	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 211.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	\$ 270.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 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 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	JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS PS_5134_2025_DE9038 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS CC: 80235940		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	LINA YISBETH NIÑO PATIÑO PS_5134_2025_DE9038 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_DE9038 RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90124871	TOTAL A PAGAR \$559.100

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	5	700	0	212.100	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	5	900	0	271.500	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	5	200	41.400			412	41.400	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	5	200	34.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	212.100
Pensión	1	270.600	271.500
Riesgos Laborales	1	41.200	41.400
CCF	1	33.900	34.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	557.100	559.100

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
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90124871	\$559.100
					TOTAL A PAGAR

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	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SiNo

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTA COBRO PS5134-2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS ABR_25.pdf	CTA COBRO PS5134-2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS ABR_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA COBRO PS5134-2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS MAR_25.pdf	CTA COBRO PS5134-2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS MAR_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5134 2025 - CRP.pdf	PS 5134 2025 - CRP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5134 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5134 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_5134_2025_MAYO_SECCOP.pdf (Archivado)	PS_5134_2025_MAYO_SECCOP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA COBRO PS5134-2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS MAY_25.pdf	CTA COBRO PS5134-2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS MAY_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA COBRO PS5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS JUN_25.pdf	CTA COBRO PS5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS JUN_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS JUL_25.pdf	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS JUL_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 5134 2025 CRP-19498.pdf	2 PS 5134 2025 CRP-19498.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS AGO_25.pdf	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS AGO_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☒	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS SEP_25.pdf	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS SEP_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle