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 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: (31/10/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ARGENIS ALZATE ARENAS	**CC:**	1024506729
CORREO ELECTRÓNICO:	alzate.0033@gmail.com	**TELÉFONO:**	3102220805
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9 ETSE 45B 46 SUR	**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 DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	*X*	**N° CUENTA:**	***488435317067***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 7468 025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 1.944.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/10/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/10/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 10/10/2025 AL 31/10/2025		

Argenis Alzate

ARGENIS ALZATE ARENAS
C.C, 1,024,506,729
Cel: 3102220805

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					
ARGENIS ALZATE ARENAS					
		CON C.C N°	1.024.506.729		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 7468 2025		FECHA INICIO CONTRATO	9/10/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	2.285.280	No. HORAS EJECUTADAS	120	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	2.285.280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	1.944.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTITRES (23) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA			

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)
1	Ejecuté mis labores con calidad y oportunidad dentro de las actividades del convenio.
2	Entregué puntualmente el cronograma mensual y el informe correspondiente.
3	Brindé apoyo en la prestación de servicios, aportando la información y soportes requeridos.
4	Contribuí al fortalecimiento de la calidad mediante el desarrollo de acciones de mejora.
5	Asimilé los contenidos técnicos y anexos del convenio para orientar mi quehacer profesional.
6	Desarrollé asistencia técnica en coherencia con mi disciplina y las necesidades del convenio.
7	Verifiqué, preparé y entregué los documentos generados con precisión y calidad.
8	Participé en las articulaciones comunitarias e institucionales necesarias para las acciones programadas.
9	Reporté los eventos de interés en salud pública identificados durante mis intervenciones.
10	Asistí a las asistencias técnicas programadas por la SDS, cumpliendo con los objetivos establecidos.
11	Clasifiqué y organicé la documentación conforme a las normas de archivo y retención.
12	Atendí las solicitudes adicionales de la supervisión relacionadas con el objeto contractual.
13	Efectué la caracterización sociodemográfica y los tamizajes pertinentes con exactitud y compromiso.
14	Ingresé la información de caracterización en el aplicativo GTAPS de manera oportuna y completa.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO 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 **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (10/10/2025) AL (31/10/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		OPERADOR:		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL		$ 0	
PENSIÓN:	PROTECCION		$ 0	
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0	
OTRO			$ -	
TOTAL PAGADO			$ 0	

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 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.	
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	ARGENIS ALZATE ARENAS CC No 1,024,506,729
FIRMA DE QUIEN VALIDA	SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 04:42:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075593811

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8870802910

PAGADO 18/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ARGENIS ALZATE ARENAS		
Documento	CC1024506729	**Dirección**	CR 9 ESTE #45 B - 46 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3166160466
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1024506729	ARGENIS ALZATE ARENAS	59	00																0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 3.400	$ 443.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción 8870802910-202509-1076964

Referencia / PIN

8870802910

Periodo de cotización

202509

Numero aprobación (CUS)

1862741727

Banco

DAVIPLATA

Valor pagado

$ 443.900

Fecha de pago

2025-10-18 14:51:52.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

NUEVO PAGO

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

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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		
PS 4649 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4649 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4649 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	PS 4649 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649-2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4649-2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4649 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4649 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4649 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4649 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 4649 2025 CRP-12657.pdf	2 PS 4649 2025 CRP-12657.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 4649 2025 CRP-13145.pdf	3 PS 4649 2025 CRP-13145.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4 PS 4649 2025 CRP-21108.pdf	4 PS 4649 2025 CRP-21108.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5 PS 4649 2025 CRP-22769.pdf	5 PS 4649 2025 CRP-22769.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4649 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	PS 4649 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4649 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4649 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >