

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
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:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS PS_5134_2025_764080 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:	\$ 43.116.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.227.120
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y VEINTE (20) DÍAS
---	------------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
------------------------	---------------------------

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	Gestione la respuesta de documentos de Agilsalud (5) como apoyo a la líder de Cuentas por pagar.
2	Desarrollé el informe IPS06 (fénix) con corte a 30 del mes de noviembre de 2025 y se presento a la Líder de Cuentas por pagar.
3	Ejecute el informe de la entidad de DADEPS ESTRUCTURA DE PASIVOS , con corte al 30 de noviembre de 205, y se presento a la Líder de Cuentas Por Pagar.
4	Soporte la ejecución de los informes de los acuerdos de pagos, en apoyo a la líder de Cuentas Por Pagar.
5	Desarrollo las plantillas e informes para la Dirección Financiera en relación a las cuentas por pagar con corte a 30 de noviembre de 2025.
6	Desarrollé el informe IPS09 (fénix) con corte a 30 del mes de noviembre de 2025 y se presentó a la Líder de Cuentas por pagar.
7	Ejecute la solicitud de la Revisoría Fiscal, Muestra de documentos de OPS y Bienes Y servicios y se remitió a la Líder de Cuentas Por Pagar para su Presentación.
8	Realice 24 causaciones de registros de honorarios de OPS, según la normatividad vigente.
9	Atendí las novedades que se presentaron en relación a los honorarios causados de los OPS (5). Se dios respuesta a las solicitudes de los contratistas de soportes de los honorarios (6) se digitalizo el AZ de los RUT de cada uno de los OPS que pertenecen al Régimen Simple de Tributación.
10	Realice la creación de proveedores OPS (385), Se imprimió, y realice la depuración de las cuentas de OPS en relación a la retención en la fuente (373), se genero la planilla de pago de OPS, se presentó los archivos respectivos a sistemas para su cargue de informacion y se confirmaron los registros de los OPS (4265), se generaron las tablas y planillas para el área de Tesorería.
11	Presente la carpeta de documentos para la gestión del contrato del 2026, Genere el pago de mi planilla de aportes a seguridad social acordé al IBC que indica la norma, Genere mi cuenta de cobro en el aplicativo SIGCO, Registre los soportes de la cuenta mes anterior en el aplicativo de SECOPII.
12	Soporte a la Líder de Cuentas por pagar en la generación de las notas debito de los acuerdos, impresión de los documentos soportes para los acuerdos de pago, tablas de presentación para los informes de los respectivos de acuerdos, soporte a los informes de la Líder de Cuentas por pagar en relación a los acuerdos de pago.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 91768798		OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		COMPENSAR	2025/12/11	\$ 211.400
PENSIÓN:		PORVENIR	2025/12/11	\$ 270.600
RIESGOS LABORALES:		SURA	2025/12/11	\$ 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 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.

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_764080 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS CC: 80235940
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LINA YISBETH NIÑO PATIÑO PS_5134_2025_764080 LINA YISBETH NIÑO PATIÑO SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_5134_2025_764080 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ 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
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91768798	\$557.700
TOTAL A PAGAR					

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
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	33.900	1
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
						100	34.000
							No. Afiliados
							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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91768798	\$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																			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

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

Datos guardados

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		
☐	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_SECOP.pdf (Archivado)	PS_5134_2025_MAYO_SECOP.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
☐	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS OCT_25.pdf	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS OCT_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS NOV_25.pdf	CTA COBRO PS 5134_2025 JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS NOV_25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >