

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ			CC:	80912710
CORREO ELECTRÓNICO:	FBIANGOMEZNARVAEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3133605783
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 52A SUR 54B 57			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	419004154
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1018 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.952.360	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28				
<div><div>FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ PS_1018_2026_F0248D</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ CC: 80912710 CEL: 3133605783</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ

CON C.C N°

80.912.710

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1018 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.809.440	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.809.440	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUIS FERNANDO JOYA JOYA
------------------------	-------------------------

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	Durante el mes de febrero se brindó apoyo continuo a la gestión documental y contractual, garantizando la correcta ejecución del objeto contractual y el cumplimiento de la normativa vigente aplicable a la contratación por prestación de servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
2	Se realizó la revisión, verificación y validación de documentos requeridos para la elaboración, modificación y perfeccionamiento de contratos OPS, asegurando que cada expediente cumpliera con los requisitos formales, técnicos y administrativos establecidos por la entidad.
3	Se efectuó la actualización permanente de bases de datos contractuales y aplicativos institucionales, especialmente los relacionados con certificaciones y pagos OPS, garantizando la trazabilidad, consistencia y confiabilidad de la información registrada.
4	Se gestionó la organización, creación y actualización de expedientes contractuales, incluyendo la publicación y verificación de información en las plataformas SECOP I y SECOP II, conforme a los lineamientos de transparencia y publicidad de la contratación estatal.
5	Se realizó seguimiento al proceso de perfeccionamiento contractual, incluyendo la gestión de firmas electrónicas y control de tiempos para evitar retrasos administrativos y asegurar la vigencia jurídica de los contratos.
6	Se brindó soporte en la administración del aplicativo de pagos OPS, verificando certificaciones, validando información registrada por los contratistas y realizando seguimiento a las órdenes de prestación de servicios para garantizar la correcta tramitación de los pagos.
7	Se apoyó la gestión y trazabilidad del aplicativo de certificaciones OPS, asegurando el adecuado registro de la ejecución contractual como insumo para procesos de supervisión y control.
8	Se atendieron requerimientos de usuarios internos y externos relacionados con procesos contractuales, certificaciones y estado de contratos, proporcionando orientación clara, oportuna y ajustada a los procedimientos institucionales.
9	Se participó en la elaboración y consolidación de informes técnicos, matrices de seguimiento y documentos administrativos, requeridos por la Subred o por entes de control, garantizando precisión, coherencia y oportunidad en la información suministrada.
10	Se identificaron oportunidades de mejora en procesos recurrentes de contratación OPS, proponiendo ajustes orientados a fortalecer la eficiencia administrativa, la organización documental y el control de la información.
11	Se cumplieron de manera oportuna y responsable las actividades asignadas por el supervisor del contrato, todas enmarcadas dentro del objeto contractual, manteniendo criterios de calidad, compromiso y responsabilidad institucional.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 40822816	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/02/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/02/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

- 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	<div><div>FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ</div><div>PS_1018_2026_F0248D</div><div>FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ</div><div>CC: 80912710</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>LUIS FERNANDO JOYA JOYA</div><div>PS_1018_2026_F0248D</div><div>LUIS FERNANDO JOYA JOYA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	80912710	FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ		CL 41 SUR 12J 27	3133605783	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	40822816	TOTAL A PAGAR \$544.000

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	6	900	0	219.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	6	1.100	0	281.300	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	42.700				42.700	6	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	218.900	219.800
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	544.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80912710	FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ		CL 41 SUR 12J 27	3133605783	fabiangomeznarvaez@gmail.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
2026-01	2026-01	I	10/02/2026	40822816	\$544.000
					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	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	80912710	GOMEZ NARVAEZ FABIAN GIOVANNY	59	0		N																		231001	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA