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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ**			**CC:**	**80912710**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FABIANGOMEZNARVAEZ@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					
Nº 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:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ
PS_1018_2026_53E6E1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ
CC: 80912710
CEL: 3133605783

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			
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:	$ 27.666.520	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO		

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 agosto se brindó apoyo en la revisión, verificación, análisis y gestión de los documentos y datos requeridos para la elaboración, modificación y perfeccionamiento de los contratos de prestación de servicios. Se efectuó la validación de la información contenida en los documentos contractuales y sus respectivos soportes, identificando inconsistencias, novedades o información pendiente y realizando el seguimiento correspondiente para su subsanación, con el propósito de contribuir a la correcta estructuración de los contratos y al cumplimiento de los requisitos normativos y administrativos establecidos por la entidad
2	Se realizó la administración, actualización, depuración y consolidación de las bases de datos relacionadas con la contratación por prestación de servicios, incluyendo la información asociada a certificaciones y pagos OPS. Se efectuaron procesos de revisión y validación de registros, actualización de estados contractuales y organización de la información, procurando mantener datos íntegros, consistentes y trazables que sirvieran como insumo para el seguimiento de la contratación, la generación de reportes y la toma de decisiones administrativas
3	Se realizaron actividades de creación, gestión, organización y actualización de expedientes contractuales y de los documentos asociados a sus modificaciones en las plataformas SECOP I y SECOP II. Se efectuó el seguimiento al cargue y publicación de la documentación correspondiente a las diferentes actuaciones contractuales, verificando la consistencia de la información y procurando que los expedientes contaran con los documentos requeridos de acuerdo con los procedimientos administrativos y normativos establecidos por la entidad y Colombia Compra Eficiente
4	Se realizó seguimiento permanente al proceso de firma electrónica de los contratos de prestación de servicios y sus respectivas modificaciones, efectuando control sobre los documentos pendientes de suscripción y sobre los tiempos establecidos para la culminación de los trámites. Se adelantaron las gestiones necesarias para facilitar la obtención de las firmas correspondientes y se efectuó seguimiento a las novedades presentadas, contribuyendo al oportuno perfeccionamiento de los instrumentos contractuales
5	Se efectuó la administración y seguimiento permanente del aplicativo institucional destinado a la gestión de pagos de los contratistas OPS, realizando actividades de revisión, validación, actualización y control de la información registrada. Se efectuó seguimiento a los trámites asociados a las órdenes de prestación de servicios y a las novedades identificadas durante el proceso, contribuyendo a que la información requerida para el trámite de pago se encontrara organizada y disponible conforme a los lineamientos institucionales
6	Se contribuyó a la administración, actualización y gestión del aplicativo de certificaciones OPS, realizando seguimiento a la información registrada y apoyando la identificación y atención de novedades que pudieran afectar la correcta gestión de las certificaciones. Estas actividades permitieron fortalecer la trazabilidad de la información relacionada con la ejecución contractual y facilitar la articulación de la información necesaria para los procesos de seguimiento y trámite de pagos
7	Se brindó apoyo en las actividades relacionadas con la gestión y seguimiento de los procesos de contratación del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, mediante la revisión y organización de documentación, consolidación de información y seguimiento a las actuaciones contractuales requeridas. Las actividades se desarrollaron de acuerdo con los lineamientos técnicos, administrativos y contractuales establecidos para estos procesos
8	Se atendieron de manera oportuna las solicitudes, consultas y requerimientos formulados por usuarios internos y externos relacionados con la gestión documental, contractual, certificaciones, pagos y funcionamiento de los aplicativos institucionales. Se proporcionó orientación clara y precisa sobre los procedimientos establecidos, facilitando la gestión de los trámites y contribuyendo a la resolución de las novedades y requerimientos presentados
9	Se elaboraron, revisaron, analizaron y sistematizaron informes técnicos, documentos administrativos, bases de información, matrices de seguimiento y reportes estadísticos requeridos por la Subred y por los diferentes usuarios institucionales y entes de control. Para ello se realizaron procesos de consolidación, validación y análisis de información, procurando garantizar la precisión, coherencia, oportunidad y calidad de los datos suministrados

10	Se realizó seguimiento y análisis de las actividades recurrentes relacionadas con la contratación OPS, identificando oportunidades de mejora en los procesos de gestión documental, administración de bases de datos, certificación, pagos y seguimiento contractual. A partir de las situaciones identificadas, se aportaron observaciones y alternativas orientadas a fortalecer la sistematización, trazabilidad, control y eficiencia de la información y de los procedimientos asociados a la contratación
11	Se atendieron de manera oportuna, responsable y eficiente las demás actividades, solicitudes y requerimientos asignados por el supervisor del contrato durante el periodo, siempre que estuvieron relacionados directamente con el objeto contractual. Estas actividades fueron desarrolladas de acuerdo con las prioridades establecidas por la dependencia, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y al adecuado desarrollo de los procesos a cargo de la Dirección de Contratación

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93656734	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/05	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/05	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/05	$ 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	*FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ* *PS_1018_2026_53E6E1* **FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ** **CC: 80912710**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1018_2026_53E6E1* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80912710	FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ	DG 52A SUR 54B 57	3133605783	fabiangomeznarvaez@gmail.com	
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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93656734	05/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$541.800	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	0	0		280.200	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	0	0	42.700			427	42.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80912710	FABIAN GIOVANNY GOMEZ NARVAEZ	DG 52A SUR 54B 57	3133605783	fabiangomeznarvaez@gmail.com	
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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93656734	05/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información