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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.031.158.721		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GEOGRAFO 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.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2139 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.680.200		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.893.400
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	6688	Nº CDP:	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES		PRORROGAS		
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se validó la calidad del dato de la información de la base de datos de poblacion asignada del mes de marzo y se generó su respectiva retroalimetación. (13/03/2025 - 18/02/2025)
2	Se georreferenció la población asignada al mes de marzo (18/03/2025).
3	Se generó cartografia temática de la pobación asignada del mes de marzo de 2025. Se generó cartografia para rutas y cohortes con corte al mes de febrero de 2025. (18/03/2025 - 23/03/2025)
4	Se generó cartografia bajo las indicaciones de las partes interesadas (cohortes) buscando un entendimiento pleno y aplicabilidad de los productos graficos finales (17/03/2025 - 31/03/2025)

5	Se realizó presentacion de caracterización mensual de la población asignada del mes de marzo (28/03/2025).
6	Se asistió a reunión de calidad del dato con representantes de Capital Salud (26/03/2025)
7	Se recibieron observaciones y se ejecutaron modificaciones pertinentes sobre el contenido de las presentaciones y bases de datos (14/03/2025 - 31/03/2025).
8	Se estableció comunicación con los usuarios finales de los productos cartográficos buscando recopilar observaciones sobre la mejora de los mismos (01/03/2025 - 31/03/2025).
9	Se generan documentos explicativos en donde se consignan resumenes de resultados (11/03/2025 - 28/03/2025).
10	
11	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9482022610	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	6/03/2025	$ 194.700
PENSIÓN:	PORVENIR	6/03/2025	$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	6/03/2025	$ 38.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 481.900

VI. 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.

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 periodo correspondiente

Cesar De Salvador

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO
CC: 1031158721
CEL: 3102356953

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: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO	**CC:**	1031158721
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	cesar.de.salvador@gmail.com	**TELÉFONO:**	3102356953
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53 SUR 13 25	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

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.

Regimen 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 CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**24082752703**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2139 2025**	**Nº CDP:**	**2**	**Nº. RP:**	**6688**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 11.680.200**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3.893.400**
	TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE					

Cesar De Salvador

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1031158721
cel: 3102356953

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.031.158.721**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GEOGRAFO 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				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2139 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.680.200,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.893.400,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3 de 3)	**N° CRP INICIAL:**	6688	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482022610		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SISTEMAS DE INFORMACION - DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ()	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION ()	PRORROGA ()
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		N/A

IV. 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	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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** LORENZA BECERRA CAMARGO **CARGO:** DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JESIKA TRIANA **PERFIL:** LIDER DE PROCESO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031158721		DE SALVADOR CHAPARRO CESAR ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 53 SUR 13 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7714575	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1317896985	9482022610	I	2025/03/06	2025/03/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$481,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,200	$0	$0	$249,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$249,200	$0	$0	$249,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,000	$0	$0	$38,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,000	$0	$0	$38,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,700	$0	$0	$194,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$194,700	$0	$0	$194,700
TOTAL				1	$481,900	$0	$0	$481,900

2025/03/06 03:24 PM

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? Si No

Identificación 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 2139 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)	PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025-1.pdf	PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >