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
CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO

	CON C.C Nº	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**	**No. HORAS EJECUTADAS**	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 23.360.400**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.893.400**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO		

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 específicas 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 junio y se generó su respectiva retroalimetación. (11/06/2025 - 17/06/2025)
2	Se georreferenció la población asignada al mes de mayo (13/06/2025).
3	Se generó cartografía temática de la pobación asignada del mes de mayo de 2025 (Cursos de vida y población diferencial) (17/06/2025 - 27/06/2025)
4	Se generó cartografía bajo las indicaciones de las partes interesadas (cohortes) buscando un entendimiento pleno y aplicabilidad de los productos graficos finales (10/06/2025 - 30/06/2025)
5	Se realizó presentacion de caracterización mensual de la población asignada del mes de mayo (30/06/2025).
6	Se asistió a reunión de calidad del dato con representantes de Capital Salud (25/06/2025).
7	Se recibieron observaciones y se ejecutaron modificaciones pertinentes sobre el contenido de las presentaciones y bases de datos (10/06/2025 - 30/06/2025).
8	Se estableció comunicación con los usuarios finales de los productos cartográficos buscando recopilar observaciones sobre la mejora de los mismos (09/06/2025 - 30/06/2025).
9	Se generan documentos explicativos en donde se consignan resumenes de resultados (10/06/2025 - 30/06/2025).
10	
11	
12	
13	

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 articulo 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 (01/06/2025) AL (31/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9487095141	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	6/06/2025	**$ 194.700**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	6/06/2025	**$ 249.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	6/06/2025	**$ 38.000**
OTRO	**CAJA DE COMPENSACION CAFAM**	6/06/2025	**$ 25.000**
	TOTAL PAGADO		**$ 506.900**

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	Cesar De Salvador **CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO** **CC 1031158721**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Jessika P. Triana S. **JESIKA TRIANA** **LIDER DE PROCESO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO	**CC:**	1031158721
CORREO ELECTRÓNICO:	cesar.de.salvador@gmail.com	**TELÉFONO:**	3102356953
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53 SUR 13 25	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

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:	**CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***24082752703***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 2139 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 3.893.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025		

Cesar De Salvador

CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO
C.C 1031158721
Cel: 3102356953

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
2025-05	2025-05	1534397874	9487095141	I	2025/06/06	2025/06/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$506,900

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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,000	$0	$0	$25,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$25,000	$0	$0	$25,000
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	$506,900	$0	$0	$506,900

2025/06/05 09:48 PM