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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO**				**CC:**	**1031158721**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CEDEC@UNAL.EDU.CO**				**TELÉFONO:**	**3102356953**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 53 SUR 13 25**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**		**N° CUENTA:**	**24082752703**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2139 2025**	**N° CDP:**	**1881**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.893.400**					

CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO
PS_2139_2025_57090F-2025-07-15 16:00:06

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 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 N°	**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**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.147.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENSA 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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. Se validó la calidad del dato de la información de la base de datos de población asignada del mes de junio y se generó su respectiva retroalimentación. (15/07/2025 - 18/07/2025) 2. Se georreferenció la población asignada del mes de julio (15/06/2025). 3. Se generó cartografía temática de la población asignada del mes de julio de 2025 (Cursos de vida y población diferencial) (17/07/2025 - 27/07/2025). Se generaron caracterizaciones para cada unidad de atención con corte al mes de junio (08/07/2025 - 15/07/2025) 4. Se generó cartografía bajo las indicaciones de las partes interesadas (cohortes) buscando un entendimiento pleno y aplicabilidad de los productos gráficos finales (07/07/2025 - 31/07/2025). 5. Se realizó presentación de caracterización mensual de la población asignada del mes de junio (04/07/2025). 6. Se asistió a reunión de calidad del dato con representantes de Capital Salud (29/07/2025). 7. Se recibieron observaciones y se ejecutaron modificaciones pertinentes sobre el contenido de las presentaciones y bases de datos (07/07/2025 - 31/07/2025). 8. Se estableció comunicación con los usuarios finales de los productos cartográficos buscando recopilar observaciones sobre la mejora de los mismos (07/07/2025 - 31/07/2025). 9. Se generan documentos explicativos en donde se consignan resúmenes de resultados (15/07/2025 - 31/07/2025).

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9487930324	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/07/07	$ 195.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/07	$ 249.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/07	$ 38.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 482.900

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	*CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO* *PS_2139_2025_57090F-2025-07-15 16:00:06* **CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO** **CC: 1031158721**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY* *PS_2139_2025_57090F-2025-07-16 12:21:16* **JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LORENSA BECERRA CAMARGO* *PS_2139_2025_57090F-2025-07-16 21:23:41* **LORENSA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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
2025-06	2025-06	1605334271	9487930324	I	2025/07/04	2025/07/07	BANCO CAJA SOCIAL	3	$514,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360	$38,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360	$38,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360	$38,000		$0	$0
1	CC	1031158721 DE SALVADOR CESAR	230301	30	$1,557,360	$249,200	EPS017	30	$1,557,360	$194,700	CCF21	30	$1,557,360	$31,200	14-23	30	$1,557,360	$38,000	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360	$38,000		$0	$0

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
2025-06	2025-06	1605334271	9487930324	I	2025/07/04	2025/07/07	BANCO CAJA SOCIAL	3	$514,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,200	$500	$0	$249,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$249,200	$500	$0	$249,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,000	$100	$0	$38,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,000	$100	$0	$38,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,200	$100	$0	$31,300
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$31,200	$100	$0	$31,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,700	$400	$0	$195,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$194,700	$400	$0	$195,100
TOTAL				**1**	**$513,100**	**$1,100**	**$0**	**$514,200**