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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CRISTHIAN CAMILO SANTOS VILLA**			**CC:**	**1030628842**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAMILO4546@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3177712397**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 54C SUR 97 20**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**478970038384**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2132 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

CRISTHIAN CAMILO SANTOS VILLA
PS_2132_2025_653B9D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTHIAN CAMILO SANTOS VILLA
CC: 1030628842
CEL: 3177712397

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			
CRISTHIAN CAMILO SANTOS VILLA			
	CON C.C N°	**1.030.628.842**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION 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 2132 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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. Generación de tableros discriminados por grupos etarios y por EAPB.
2	2. Generación de tableros por grupos poblacionales, etnias, curso de vida y población diferencial.
3	3. Se realiza la consolidación y reporte de la Resolución 2175. Se crean 5 bases de datos teniendo en cuenta el anexo técnico de la Resolución 2175 del 2015, se cruzan bases de datos para diligenciar los campos requeridos, se hace la conversión de la base de datos a un archivo plano; el cual es validado en la aplicación PISIS SISPRO.
4	4. Se realizan tableros de consolidación de bases de facturación por EAPB para generar tableros de ejecución de metas y proyección de metas teniendo en cuenta los contratos adquiridos con cada EAPB. Además, se realiza tableros de metas discriminado por EAPB, sedes de atención y actividades a ejecutar.
5	5. Se realiza consolidación de base de adscripción teniendo en cuenta la base de asignación, bases de rutas de riesgo y bases de RPMS.
6	6. Se realizan los tableros con base en la adscripción discriminando por sedes de adscripción, EAPB, cursos de vida, rutas de riesgo y población diferencial.
7	7. Se realiza consolidación de consultas agendadas y seguimientos por parte de las auxiliares de enfermería de Gestión del Riesgo de manera semanal, se generan tableros de cumplimientos y proyección de metas para cada auxiliar.
8	8. Se generan metas desagregadas de manera quincenal teniendo en cuenta la ejecución por módulo azul y por Gestión del Riesgo.
9	9. Se carga en drive de gestión del riesgo las bases de adscripción y metas por sedes.
10	10. De lunes a viernes se cargan las respuestas de canalizaciones SIRC de la EAPB Capital Salud en el aplicativo distrital y se envían soportes de cargue junto con la base al técnico encargado del proceso.
11	11. Se realiza tablero de ejecución de actividades discriminado por actividades de salud oral y sedes de adscripción.
12	12. Se realiza consolidación de bases de mamografías para EAPB Capital Salud teniendo en cuenta la asignación y reporte de mamografías de Resolución 202. Se realiza consolidación de bases de CCVU para EAPB Capital Salud teniendo en cuenta la asignación y reporte de tomas de Citocentro. Se realiza consolidación de bases de ADN VPH para EAPB Capital Salud teniendo en cuenta la asignación y reporte de tomas de Citocentro.
13	13. El 20 de octubre se asiste a reunión virtual convocada por supervisor intermedio Jesika Triana el 20 de octubre a las 10:00 a través de Teams para seguimiento de actividades de equipo de técnicos.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89920960	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/20	$ 179.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/20	$ 229.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	$ 35.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 443.600

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	*CRISTHIAN CAMILO SANTOS VILLA* *PS_2132_2025_653B9D* **CRISTHIAN CAMILO SANTOS VILLA** **CC: 1030628842**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY* *PS_2132_2025_653B9D* **JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_2132_2025_653B9D* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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	1030628842	CRISTHIAN CAMILO SANTOS VILLA	Calle54csur#97-20 torre 1 apto 602	3177712397	camilo4546@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	20/10/2025	89920960	$472.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	11	1.200	0	179.200	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	227.800	0	0	0	0	11	1.600	0	229.400	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	34.700				34.700	11	300	35.000			347	35.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	11	200	28.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	178.000	179.200
Pensión	1	227.800	229.400
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	1	28.500	28.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	472.300

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	1030628842	CRISTHIAN CAMILO SANTOS VILLA		Calle54csur#97-20 torre 1 apto 602	3177712397	camilo4546@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

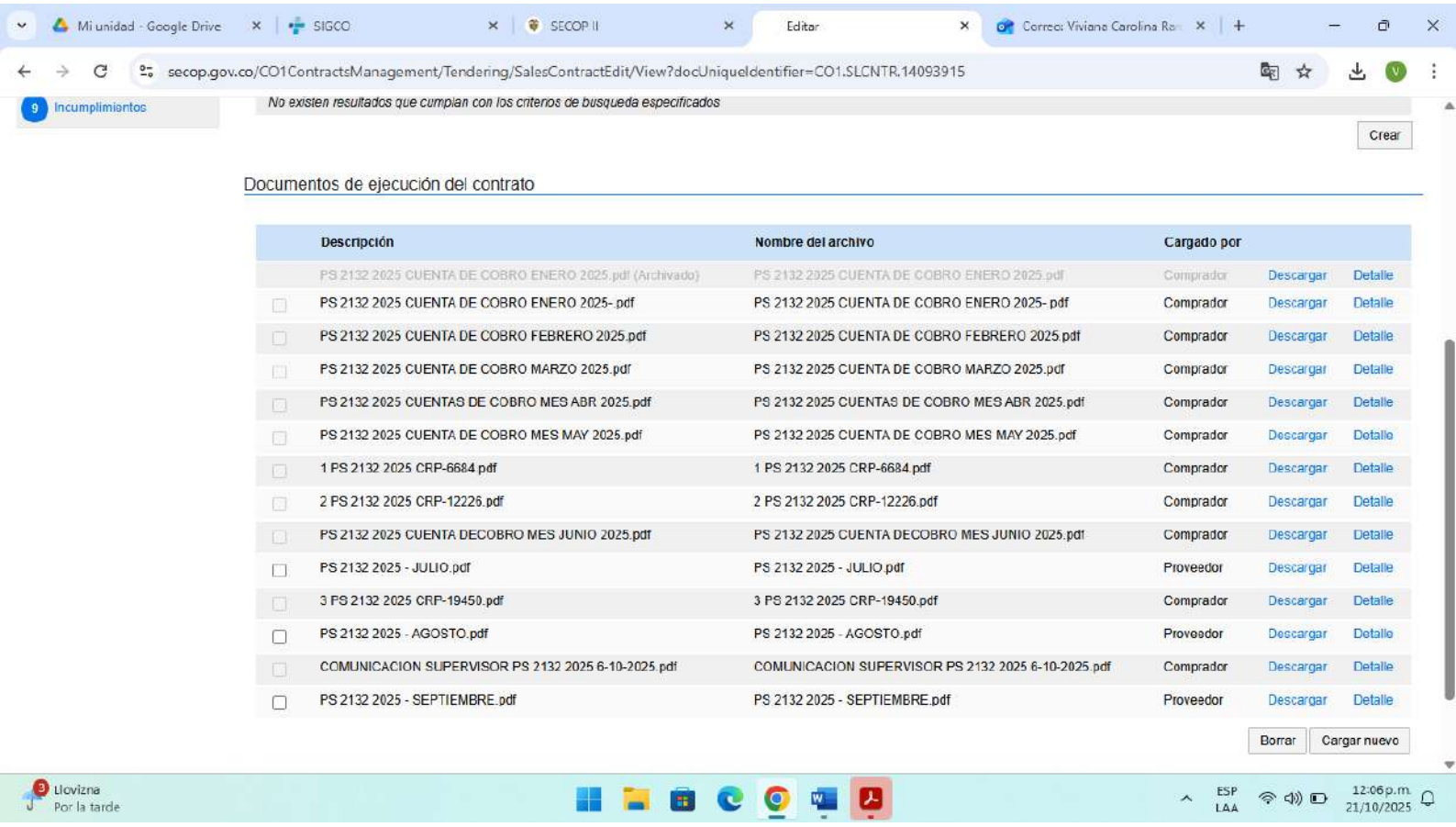
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	20/10/2025	89920960	$472.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1030628842	SANTOS VILLA CRISTHIAN CAMILO	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Mi unidad - Google Drive
SIGCO
SECOP II
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14093915
9 Incumplimientos
No existen resultados que cumplan con los criterios de busqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf (Archivado)
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025- pdf
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025- pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf
PS 2132 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf
PS 2132 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
1 PS 2132 2025 CRP-6684.pdf
1 PS 2132 2025 CRP-6684.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
2 PS 2132 2025 CRP-12226.pdf
2 PS 2132 2025 CRP-12226.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf
PS 2132 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 - JULIO.pdf
PS 2132 2025 - JULIO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
3 PS 2132 2025 CRP-19450.pdf
3 PS 2132 2025 CRP-19450.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 - AGOSTO.pdf
PS 2132 2025 - AGOSTO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
COMUNICACION SUPERVISOR PS 2132 2025 6-10-2025.pdf
COMUNICACION SUPERVISOR PS 2132 2025 6-10-2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 2132 2025 - SEPTIEMBRE.pdf
PS 2132 2025 - SEPTIEMBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Llovizna
Por la tarde
ESP
LAA
12:06 p.m.
21/10/2025