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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA**			**CC:**	**80238867**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BETOTAPIAS@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3027139030**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 187C N° 4B - 05**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**455270086792**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7629 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA
PS_7629_2025_3FD424

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA
CC: 80238867
CEL: 3027139030

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				
LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA				
	CON C.C N°	**80.238.867**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7629 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.769.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA			

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. ENTREGUÉ DE MANERA OPORTUNA Y CON ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD TODAS LAS ACCIONES ASIGNADAS DENTRO DEL CONVENIO.
2	2. ELABORÉ Y ENTREGUÉ MENSUALMENTE LOS CRONOGRAMAS CORRESPONDIENTES AL DESARROLLO DE ACTIVIDADES, AJUSTÁNDOLOS A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE LA COMUNIDAD.
3	3. PRESENTÉ PUNTUALMENTE LOS PRODUCTOS GENERADOS EN EL MARCO DEL CONVENIO, GARANTIZANDO SU PERTINENCIA Y UTILIDAD.
4	4. PARTICIPÉ ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO, IMPLEMENTANDO ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES Y ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN MEDIANTE SEGUIMIENTO, DOCUMENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO.
5	5. REALICÉ APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO, INTEGRÁNDOLOS DESDE MI PERFIL PROFESIONAL PARA UNA EJECUCIÓN COHERENTE.
6	6. ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS Y LA SUBRED CENTRO ORIENTE, FORTALECIENDO LA ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL.
7	7. IDENTIFIQUÉ A LAS FAMILIAS UBICADAS EN LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO MEDIANTE EL USO DEL APLICATIVO GTAPS-SDS, ABORDANDO CADA MÓDULO SEGÚN LAS NECESIDADES DETECTADAS.
8	8. CONTRIBUÍ ACTIVAMENTE EN MESAS DE TRABAJO, REUNIONES Y ESPACIOS DE COORDINACIÓN CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES, PROMOVIENDO LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y EL DESARROLLO EFECTIVO DE LOS PROCESOS
9	9. DETECTÉ OPORTUNAMENTE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LAS INTERVENCIONES, DILIGENCIANDO LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y NOTIFICANDO DE INMEDIATO A LAS AUTORIDADES COMPETENTES CONFORME AL SIVIGILA.
10	10. PARTICIPÉ EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS, APORTANDO DESDE MI SABRE DISCIPLINAR AL CUMPLIMIENTO DE METAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEFINIDOS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS.
11	11. CLASIFIQUÉ, FOLIÉ Y ARCHIVÉ LA DOCUMENTACIÓN GENERADA CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL, GARANTIZANDO SU CONSERVACIÓN Y TRAZABILIDAD.
12	12. RESPONDÍ CON DILIGENCIA A SITUACIONES EMERGENTES PRESENTADAS CON LA POBLACIÓN INDÍGENA EMBERÁ, PRIORIZANDO EL RESPETO CULTURAL Y LA ATENCIÓN HUMANIZADA
13	13. IDENTIFIQUÉ RIESGOS Y REALICÉ SEGUIMIENTO A LAS PRIORIDADES COMUNITARIAS, AJUSTANDO LAS INTERVENCIONES SEGÚN LAS NECESIDADES DETECTADAS
14	14. DILIGENCIÉ LOS SEIS PLANOS CORRESPONDIENTES A LA ESTRATEGIA ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERÁ, ASEGURANDO SU CORRECTA APLICACIÓN
15	15. ENTREGUÉ MENSUALMENTE LOS CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES DEL CONVENIO, ALINEADOS CON LAS DINÁMICAS Y REQUERIMIENTOS DE LA COMUNIDAD
16	16. REALICÉ LA GEORREFERENCIACIÓN DE LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EMBERÁ, FACILITANDO LA PLANIFICACIÓN TERRITORIA
17	17. ASISTÍ Y PARTICIPÉ ACTIVAMENTE EN EL COMITÉ TERRITORIAL JUNTO AL EQUIPO DE TRABAJO, RESPONDIENDO A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CADA PUNTO DE INTERVENCIÓN.

18	18. IMPLEMENTÉ PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO Y SEGUIMIENTO A PRIORIDADES COMUNITARIAS, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN INTEGRAL.
19	19. DETECTÉ CON PRECISIÓN RIESGOS EN SALUD DURANTE VISITAS TERRITORIALES, REGISTRÁNDOLOS ADECUADAMENTE Y GESTIONANDO SU ATENCIÓN MEDIANTE EL AGENDAMIENTO DE CITAS, ACTIVACIÓN DE RUTAS Y NOTIFICACIÓN OFICIAL, ASEGURANDO EL SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CADA CASO.
20	20. REVISÉ DETALLADAMENTE EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO Y SUS LINEAMIENTOS, IDENTIFIQUÉ LAS RESPONSABILIDADES CORRESPONDIENTES A MI PERFIL, EJECUTÉ ACTIVIDADES SEGÚN CRONOGRAMA, MANTUVE REGISTROS ACTUALIZADOS Y PARTICIPÉ EN ESPACIOS DE SEGUIMIENTO DEFINIDOS POR EL FDS Y LA SUBRED, CUMPLIENDO CON LAS NORMAS TÉCNICAS Y OPERATIVAS VIGENTES.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493924804	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA* *PS_7629_2025_3FD424* **LUIS HUMBERTO TAPIAS PARRA** **CC: 80238867**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7629_2025_3FD424* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7629_2025_3FD424* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **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 80238867		TAPIAS PARRA LUIS HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 6a 191 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3935592	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1924085591	9493924804	I	2025/11/19	2025/11/12	NEQUI	0	$469,000

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 80238867	TAPIAS LUIS	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF21	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

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 80238867		TAPIAS PARRA LUIS HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 6a 191 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3935592	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1924085591	9493924804	I	2025/11/19	2025/11/12	NEQUI	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$0**	**$0**	**$469,000**

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1924085591

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> mié, 12 nov 2025 a la hora 4:09 p. m.
Para: betotapias@gmail.com

¡Hola, Luis Humberto Tapias Parra!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 469.000

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9493924804

Fecha de la transacción: 12/11/2025

CUS: 1924085591

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda



Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

1 Información general
2 la mayoría de la població…
3 Bienes y servicios
4 mensajeros del.
5 mensajes del contrato
6 Información presupuesta
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de l

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

ID 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	PS_7629_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7629_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l