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:	**EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS**			**CC:**	**14136125**
CORREO ELECTRÓNICO:	**EDER301926@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3246826629**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 161A BIS 16D 07**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000800115941**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7466 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS
PS_7466_2025_AE1C6E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS
CC: 14136125
CEL: 3246826629

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			
EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS			
	CON C.C N°	**14.136.125**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 7466 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.266.080	**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	SE ENTREGARON DE BASES DE DATOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE ACUERDO CON LA SOLICITUD DE LOS LIDERES OPERATIVOS
2	SE GENERAN ACTAS EN LAS CUALES SE REFLEJA LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS
3	SE BRINDA INFORMACION A LOS REQUERIMIENTOS RESPECTO A EL APLICATIVO
4	SE GENERARON CRUCES DE LAS BASES DE DATOS, A DEMAS DE REVISAR LA CALIDAD Y CONCORDANCIA SOLICITADOS DURANTE LAS SEMANAS PARA SU VALIDACION Y SUBSABACION
5	SE REALIZO VALIDACION Y CARGUE CASOS A PROFESIONALES OPERATIVOS
6	SE DILIGENCIO DRIVE EN DONDE SE EVIDENCIA LOS DIFERENTES HALLAZGOS ENCONTRADOS A LOS OPERATIVOS Y AUXILIARES
7	SE REALIZARON VALIDACIONES DE CONCORDANCIA Y COMPLETITUD DE LOS DATOS INGRESADO EN EL APLICATIVO DE GTAPS
8	SE REALIZO LA RETROALIMENTACION DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LAS BASES A LOS LIDERES OPERATIVOS Y NOTIFICACION DE LAS INASISTENCIAS A SUBSANACIONES
9	SE GENERO BASE CON SUS RESPECTIVOS CRUCES Y VALIDACIONES PARA LA REALIZACION DEL CONTEO PARA LOS DIAS PROGRAMADOS
10	SE REALIZARON DESCARGAS PARA LOS CONSOLIDADOS DE LOS MODULOS DE GTAPS
11	SE REALIZAN ACTAS DE SOPORTE DE LOS CORREOS ENVIADOS A LOS LIDERES OPERATIVOS PARA REVISIONES
12	SE ACTUALIZO DRIVE DE CASOS DE ASIGNACION CON LOS MODULOS DE ALERTAS Y RBC
13	SE ASIGNAN DE PREDIOS A LOS ENFERMEROS DE ANGELES GUARDIANES PARA ABORDAR
14	SE ACTUALIZARON TABLEROS DE CONTROL CON LAS DESCARGAS DE LOS MODULOS DEL APLICATIVO GTAPS PARA REVISION DE LOS LIDERES OPERATIVOS
15	SE REALIZO CONTINGENCIA PARA SUBSANACION DE HALLAZGOS DE SALIDAS DE INFORMACION CON LOS OPERATIVOS

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° 1076397865	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	$ 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	*EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS* *PS_7466_2025_AE1C6E* **EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS** **CC: 14136125**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7466_2025_AE1C6E* **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_7466_2025_AE1C6E* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-18, 02:24:00 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076397865

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 13/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS		
Documento	CC14136125	**Dirección**	CL 161A #16 D - 07
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2299874
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 14136125	EDER HUMBERTO BARRERO ARIAS	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 1.100	$ 470.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Gmail

Eder H Barrero Arias <eder301012@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1925384903

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 13 de noviembre de 2025, 9:16 a.m.
Para: eder301012@gmail.com

¡Hola, Eder barrero!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 470.100

Empresa: SIMPLE OI

Descripción: Pago de Seguridad Social

Fecha de la transacción: 13/11/2025

CUS: 1925384903

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.

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 l

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ 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_7466_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7466_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l