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:	**NICOLAS SANTOS VILLA**			**CC:**	**1018493247**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NICOLAS_SANTOS92@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**1111111111**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 53B SUR # 89A 26**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488408148697**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2129 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

NICOLAS SANTOS VILLA
PS_2129_2025_16C2B1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NICOLAS SANTOS VILLA
CC: 1018493247
CEL: 1111111111

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			
NICOLAS SANTOS VILLA			
	CON C.C N°	**1.018.493.247**	
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 2129 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.392.286	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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. Realizar cruces entre las diferentes fuentes de información en salud. 1.1 Actividades desarrolladas: Se realizan cruces de información para las cohortes de juventud, adultez, vejez y transmisibles, consolidando las diferentes bases necesarias para garantizar la calidad y completitud de los datos requeridos por los lineamientos institucionales y normativos. 1.2 Productos (evidencias): Herramienta de monitoreo juventud, adultez, vejez, cohortes transmisibles.
2	2. Diseñar y generar bases de datos para cada una de las cohortes del riesgo. 2.1 Actividades desarrolladas: *Se entregan las bases correspondientes a cada cohorte. *Se elaboran reportes para su cargue en SIGIRES de las EAPB: Sanitas, Coosalud y Famisanar. *Se realiza el informe de VIH requerido por la EAPB Capital Salud. *Se entregan reportes de sintomáticos respiratorios (SR) para las cuatro EAPB. *Se consolida la información de laboratorios de transmisibles para los procesos internos y reportes requeridos. 2.2 Productos (evidencias): Bases por cohorte, reportes SIGIRES, informe VIH Capital, entregables SR.
3	3. Entregar semanalmente a cada cohorte, la información referenciada de laboratorio clínico, dinámica gerencial, entre otros aplicativos que se requieran para la generación y consolidación de informes. 3.1 Actividades desarrolladas: *Se actualizan semanalmente las bases de VIH, Tuberculosis y Sífilis. *Se realiza la actualización de la cuenta de alto costo de VIH, consolidando la información según los lineamientos establecidos. *Adicionalmente, se ejecutan actividades asignadas por las referentes de las cohortes, las cuales pueden variar semanalmente según las necesidades de las referentes. Estas actividades se reciben por medio de correo institucional y pueden incluir solicitudes específicas, apoyos adicionales, revisión o consolidación de información, entre otras tareas no permanentes pero recurrentes dentro del proceso de gestión del riesgo. 3.2 Productos (evidencias): Bases actualizadas de VIH, TB y Sífilis; reporte actualizado de alto costo VIH; productos derivados de solicitudes adicionales al correo tecnicorpms2@subredcentrooriente.gov.co.
4	4. Realizar los apoyos necesarios y acordes a su objeto contractual en el desarrollo de las actividades de la dirección de gestión integral del riesgo en salud de la subred centro oriente E.S.E. 4.1 Actividades desarrolladas: el 12 se realiza la búsqueda de nombres de acudientes de los usuarios de demanda inducida de la EAPB Famisanar en el aplicativo de PAI distrital. * Se carga en drive de gestión del riesgo las bases de adscripción y metas por sedes. 4.2 Productos (evidencias): archivo Excel base DATOS BUSQUEDA MENORES, se envía soporte a través del correo apoyocohorte1@subredcentrooriente.gov.co
5	5. Realizar apoyo en la generación y consolidación de indicadores de riesgo necesarios para el reporte mensual, semestral y anual. 5.1 Actividades desarrolladas: *Se elaboran tableros de riesgo poblacional para las distintas cohortes. *Se realiza el informe mensual de sintomáticos respiratorios (SR) para Capital Salud, siguiendo el formato establecido por la EAPB. *reportes trimestrales de transmisibles y metas 5.2 Se consolida la base de riesgo poblacional de transmisibles para el POA, integrando información de diferentes fuentes y cohortes. Productos (evidencias): Tableros de riesgo poblacional, informe mensual SR Capital, base de riesgos poblacional POA, reportes trimestral SR.
	6. Realizar apoyo al proceso de canalización en cada proceso o cohorte del riesgo en donde realice sus obligaciones. 6.1 Actividades desarrolladas: 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 con copia a referente del proceso y referente de cohorte juventud. 6.2 Productos (evidencias): archivo Excel base REPORTE XXXX T y carpeta comprimida .ZIP que contiene capturas de pantalla de aplicativo

6	con respuesta cargada, se envían soportes a través del correo tecnicorpms2@subredcentrooriente.gov.co
7	7. Apoyar en la digitación de los diferentes procesos bajo la supervisión de la dirección de gestión integral del riesgo. 7.1 Actividades desarrolladas: no aplica para el mes. 7.2 Productos (evidencias): no aplica para el mes.
8	8. Realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al líder del proceso, la actividad deberá ser realizada de manera mensual. 8.1 Actividades desarrolladas: como gestión documental se tiene de soporte todos los correos enviados a través de la cuenta institucional tecnicorpms2@subredcentrooriente.gov.co a los diferentes correos que solicitan productos o actividades. 8.2 Productos (evidencias): correo tecnicorpms2@subredcentrooriente.gov.co
9	9. Radicar en gestión documental los soportes obtenidos durante la ejecución del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retención documental, al finalizar la ejecución del contrato no se deberá contar con archivo pendiente para almacenamiento contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 9.1 Actividades desarrolladas: para el mes no se radican soportes en gestión documental. 9.2 Productos (evidencias): no aplica.

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° 91001727	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	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	*NICOLAS SANTOS VILLA* *PS_2129_2025_16C2B1* **NICOLAS SANTOS VILLA** **CC: 1018493247**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_2129_2025_16C2B1* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **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	1018493247	NICOLAS SANTOS VILLA	CRA 69#54A-55 SUR	3045995508	nicolas_santos92@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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91001727	$440.500	

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	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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
CC	1018493247	NICOLAS SANTOS VILLA		CRA 69#54A-55 SUR	3045995508	nicolas_santos92@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91001727	$440.500	

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	1018493247	SANTOS VILLA NICOLAS	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

De: BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com
Fecha: 11 de noviembre de 2025, 10:38:01 p.m. COT
Para: nicolas_santos92@hotmail.com
Asunto: DAVIVIENDA

Apreciado(a) NICOLAS:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****8697:

Fecha:2025/11/11
Hora:22:37:40
Valor Transacción: $440,500
Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción:PSE COMPENSAR-OI

BANCO DAVIVIENDA

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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 2129 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTAS DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2129 2025 CRP-6681.pdf	1 PS 2129 2025 CRP-6681.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2129 2025 CRP-12224.pdf	2 PS 2129 2025 CRP-12224.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2129 2025 CRP-19448.pdf	3 PS 2129 2025 CRP-19448.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2129 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2129 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTA DECOBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DECOBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 2129 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >