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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DAVID NICOLAS SALAS HERRERA**			**CC:**	**1032479438**
CORREO ELECTRÓNICO:	**davidnsh07@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3001956607**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 10 A 26 10 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**542306071**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7982 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/11/21**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

DAVID NICOLAS SALAS HERRERA
PS_7982_2025_439B58

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DAVID NICOLAS SALAS HERRERA
CC: 1032479438
CEL: 3001956607

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			
DAVID NICOLAS SALAS HERRERA			
	CON C.C N°	**1.032.479.438**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7982 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/21**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 993.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.974.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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	Obligacion 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 Actividades desarrolladas: Garantizar la calidad del dato del grupo extramural y de las IPS solucionando errores y contactenos y realizar capacitacion al el personal neuvo. (Esquema permanente y partos), según requieran la asistencia técnica. (19) 1.2 Productos (evidencias): Actas de capcitacion y acompañamiento grupo extramural IPS publicas y privadas. Producto en físico o en magnético de las actas realizadas
2	Obligacion 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Entrega del cronograma del mes de noviembre a realizar la actividades a la coordinación del PAI. 2.2 Productos (evidencias): Cronograma diligenciado en magnético en el Drive.
3	Obligacion 3: poyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 Actividades desarrolladas: Brindar soporte oportuno a las IPS públicas, privadas y el grupo extramural en las localidades de acuerdo a las necesidades del programa (solicitud de usuarios, contraseñas, manejo de todas las herramientas del aplicativo, diligenciamiento de registros y formatos que el programa demande solucion de contactenos).(19) 3.2 Productos (evidencias): Correos dando solución o soporte a las IPS en magnético
4	Obligacion 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 Actividades desarrolladas: Verificación de cada uno de los trazadores de biológicos aplicados tanto en SIS 151 como en tableros de control, plnatillas de reporte mensual, entrega de informes y solicitudes de la subred.(5) 4.2 Productos (evidencias): Revision de informes de las IPS tablero de control y plantilla mensual de extranjeros, pos y no pos a SDS en magnético y demás informes entregados en correo electrónico.
5	Obligacion 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 5.1 Actividades desarrolladas: Intervenir en el comité PAI local con la presentación de los hallazgos del componente para seguimiento y retroalimentación por IPS tambien se socializan cambios en que se presenten en los anexos y se realiza mejoramiento en estos que permita una mejor calidad 5.2 Productos (evidencias): Socialización, fortalecimiento de modificaciones o errores en las IPS entrega de los formatos por correo electrónico.
6	Obligacion 6: Realizar la revisión (precrítica) a los formatos y/o fichas de captura establecidos en los anexos y documentos establecidos de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 6.1 Actividades desarrolladas: Revision y Entrega de consolidado mensual, tablero de control, informe de extranjeros, actas de capacitacion y fortalecimiento (4) 6.2Correo de envió del tablero de control y plantilla mensual de extranjeros, pos y no pos a SDS en magnético, actas de capacitación en la carpeta y en drive.
7	Obligacion 7: Realizar depuración, administración y/o consolidación de las bases de datos, documentos y/o informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad. 7.1 Actividades desarrolladas: Solucion de contactenos y controles de cambios que se presenten revision de la calidad del dato del grupo extramural, entrega de informes a secretaria y de la subred 7.2 Productos (evidencias): Actas de acompañamiento en la calidad del dato y entrega de informes por correo electrónico Producto en físico o en magnético.
8	Obligacion 8: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 8.1 Actividades desarrolladas: Dar respuesta a las solicitudes realizadas por los procesos de manera correcta y con calidad. 8.2 Productos (evidencias): Correos de envío de la información solicitada Producto en magnético.

9	Obligacion 9: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 9.1 Actividades desarrolladas: Revison y entrega de los soportes generados durante la vigencia del convenio con calidad ante la auditoria. 9.2 Productos (evidencias): Presentacion de productos en la preauditoria del mes Productos en físico o en magnético.
10	Obligacion 10: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 10.1 Actividades desarrolladas: Apoyo en las solicitudes necesarias por la coordinación PAI y los lideres del programa.(1) 10.2 Productos (evidencias): Envio de informes e solicitudes realizadas Producto en magnético.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077930223	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	$ 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	*DAVID NICOLAS SALAS HERRERA* *PS_7982_2025_439B58* **DAVID NICOLAS SALAS HERRERA** **CC: 1032479438**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ* *PS_7982_2025_439B58* **LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_7982_2025_439B58* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-11, 10:03:46 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077930223

Periodo Cotización: noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823304579

PAGADO 11/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAVID NICOLAS SALAS HERRERA		
Documento	CC1032479438	**Dirección**	CALLE 47 B SUR # 23 B- 70
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4748065
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 APP	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 1032479438	DAVID NICOLAS SALAS HERRERA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

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	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 500	$ 441.000

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

David Salas <davidnsh07@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1998961817

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de diciembre de 2025 a las 9:01 a.m.
Para: davidnsh07@gmail.com

¡Hola, David Nicolás Salas Herrera!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 441.000

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823304579-202511-1285531. idTrans:1285531

Fecha de la transacción: 11/12/2025

CUS: 1998961817

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 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 7982 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7982 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >