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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO**			**CC:**	**1070605818**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CASTILLOCRISCAMILO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3151929179**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 12 D 26 A 62 S**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488403359349**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7464 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO
PS_7464_2025_9C8B64

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO
CC: 1070605818
CEL: 3151929179

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			
CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO			
	CON C.C N°	**1.070.605.818**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 7464 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.189.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 Desde mi cargo como técnico administrativo me he asegurado de prestar un servicio cumpliendo con los estándares requeridos al garantizar la calidad de los datos de las personas a cargo de mi líder operativo, dar una buena gestión y control a los registros de sus actividades, además de garantizar la veracidad y legibilidad de cada una de ellas. 1.2 Actas de precrítica semanales con identificación de hallazgos para subsanación.
2	2. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar; adicionalmente, con la finalización del mes se debe entregar un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de sus actividades. 2.1 Me he asegurado de cumplir con los tiempos establecidos y comunicar al equipo las fechas para cada una de las actividades requeridas con el fin de que estuvieran presentes para su correcto desarrollo para luego a final de mes ver el cumplimiento de las mismas. 2.2 Cronograma digital con las distintas actividades a realizar para tener presente y al día. Informe de resultados con base al mismo.
3	3. OBLIGACION: Apoyar la prestación de servicios en el marco del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales, presentando la información y/o soportes que se solicitan conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 De acuerdo al lineamiento he cumplido con el apoyo en la entrega de documentación y soportes requeridos de forma anexa y constante de acuerdo a las solicitudes del líder, compañeros y profesionales. 3.2 Actas de entrega de insumos, actas de incumplimiento y demás soportes que brindan trazabilidad al proceso.
4	4. OBLIGACIÓN: 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 De acuerdo a las actividades realizadas de forma diaria con los distintos equipos se han hecho modificaciones dentro de las mismas directrices para cumplir con los requerimientos optimizando procesos basados en el aprendizaje del error y gestión de los tiempos. 4.2 Actas de precrítica para la subsanación de hallazgos y la trazabilidad del proceso.
5	5. Obligaciones: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio EMBH suscritos entre el y la SUBRED. 5.1 Actividad realizada (técnica): Se incorporaron y aplicaron los lineamientos técnicos del convenio en la operación diaria del componente administrativo, garantizando coherencia con los objetivos estratégicos y asistenciales del contrato. 5.2 Producto / evidencia: actas internas informes de seguimiento formativo de aplicación normativa.
6	6. OBLIGACION: Supervisar los procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos de los Equipos Básicos Extramurales (Hogar), conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos dispuestos por la Secretaría Distrital de Bogotá. 6.1 He brindado el servicio de asistencia técnica administrativa para los miembros de los diferentes equipos de acuerdo a sus requerimientos, dudas, y demás aspectos de los cuales necesitaban apoyo en mis funciones. 6.2 Listados de asistencia a los direccionamientos técnicos y comités donde los colaboradores resuelven dudas al alcance de mi perfil.
7	7. OBLIGACION: Manejo y asignación de los vehículos dispuestos para uso de los profesionales, verificando el correcto uso de estos. 7.1 Por el momento no se ha gestionado el cumplimiento de manejo y asignación de vehículos de acuerdo con lo requerido. 7.2 No se ha gestionado los Formatos de gestión y manejo de vehículos, además de programación de los mismos a través de cronograma ya que aún no se ha realizado la contratación de los vehículos.
8	8. OBLIGACION: Participar y gestionar los espacios para las reuniones de los Equipos Básicos Extramurales, la coordinación, dinamizadores y profesionales de apoyo. 8.1 Participar activamente en la gestión y coordinación de espacios para reuniones, facilitando la comunicación, el trabajo en equipo y la apropiación de directrices para mis funciones. 8.2 Listados de asistencia a reuniones, comités y demás actividades.

9	9. OBLIGACION: Realizar entrega de la papelería e insumos a los profesionales y técnicos de los Equipos Básicos Extramurales, velando por el mantenimiento y correcto uso por parte de los equipos. 9.1 He entregado de forma oportuna todo el archivo de papelería y de insumos solicitados por el personal para que logren dar sus respectivos soportes de sus actividades. 9.2 Actas de entrega de insumos con su trazabilidad y soportes de entrega de papelería.
10	10. OBLIGACION: Participar en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales suscrito entre el FDS y la Subred. 10.1 He asistido y participado en las asistencias técnicas convocadas, cumpliendo con las metas y actividades definidas en los lineamientos del convenio de acuerdo con las directrices e indicaciones brindadas en cada una. 10.2 Listados de asistencia a las asistencias técnicas donde se apropian conceptos y aptitudes para optimizar el proceso.
11	11. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada, de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 11.1 He organizado y gestionado la documentación generada conforme a la normatividad vigente ya la tabla de retención documental establecida dando garantía al correcto manejo de la información de archivo, buena disposición del mismo para consulta y su veracidad. 11.2 Carpetas ordenadas por perfiles, fechas y por colaborador debidamente foliadas y marcadas.
12	12. OBLIGACION: Realizar las demás obligaciones que se relacionan con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 12.1 Cumplió con las demás tareas y obligaciones asignadas por la supervisión, asegurando el buen desarrollo de las actividades validadas por el contrato. 12.2 Apoyo al líder, compañeros y colaboradores en distintas actividades de forma óptima como diligenciamiento de bases digitales, formatos y demás.
13	13. OBLIGACION: Realizar inventario semanal de equipos biomédicos, así como diligenciar actas de entrega y revisión de los mismos. 13.1 Realizó el inventario semanal de equipos biomédicos, documentando correctamente las entregas y revisiones en las actas correspondientes con el fin de garantizar el buen uso y disposición del inventario de insumos dispuestos por la subred para el desarrollo de las actividades. 13.2 Actas de entrega de insumos e inventario digital con la trazabilidad de los insumos de bodega y los que fueron entregados a colaboradores.
14	14. OBLIGACION: Cumplir, según su perfil y responsabilidades asignadas, con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio más bienestar vigente, suscrito entre el fds y la subred, así como con los lineamientos técnicos y operativos que de este se derivan. 14.1 Se realizarán las actividades correspondientes al perfil de técnico administrativo según el lineamiento técnico dejando los soportes necesarios de las labores realizadas. 14.2 Soportes de cada actividad correspondiente resumidas en actas de precrítica, apropiación del lineamiento, control de inventario y entrega de insumos, gestión de cuentas de cobro, soportes de confidencialidad y demás correspondencias.
15	15.OBLIGACION: Administrar la materia prima entregada a los EMBH. 15.1 Actividad realizada técnica: Se realizaron actas y controles sobre la entrega, consumo y uso de insumos y materia prima asignada a los EBEH, asegurando disponibilidad, trazabilidad y control de inventarios. 15.2 Producto / evidencia: Actas de entrega registros de uso

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92545567	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/07	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/07	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/07	$ 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	*CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO* *PS_7464_2025_9C8B64* **CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO** **CC: 1070605818**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7464_2025_9C8B64* **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_7464_2025_9C8B64* **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	1070605818	CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO	Kr 43 s 23 5	8883888	castillocriscamilo@gmail.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	
2025-12	2025-12	I	07/01/2026	92545567	$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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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	1070605818	CRISTIAN CAMILO CABEZAS CASTILLO		Kr 43 s 23 5	8883888	castillocriscamilo@gmail.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	
2025-12	2025-12	I	07/01/2026	92545567	$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	1070605818	CABEZAS CASTILLO CRISTIAN CAMILO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
2066830481

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
07/01/2026

Número de aprobación
00830481

Dirección IP
186.102.111.213

Valor transacción
$ 440.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1070605818

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? Si No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	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	Subido por
☐	PS_7464_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7464_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7464_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7464_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7464_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025c.pdf	PS_7464_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025c.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluación