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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO**			**CC:**	**1031158721**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CEDEC@UNAL.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3102356953**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 53 SUR 13 25**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24082752703**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3079 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.952.360**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO
PS_3079_2026_3ECC6C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO
CC: 1031158721
CEL: 3102356953

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			
CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO			
	CON C.C N°	**1.031.158.721**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV 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 3079 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.809.440	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	Obligación 1: LIDERAR LA GESTION Y ANALISIS DE INFORMACION GEOGRAFICA PARA LA INTERPRETACION DE CONDICIONES DE CALIDAD DEL DATO ESPACIAL, LA GENERACION DE INDICADORES DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD. 1.1 Actividades desarrolladas: Se validó la calidad del dato de la información de la base de datos de población asignada del mes de abril y se generó su respectiva retroalimentación (17/04/2026 - 21/04/2026). 1.2 Productos (evidencias): Bases de datos con la retroalimentación de calidad del dato de regímenes subsidiado y contributivo EAPB Capital Salud.
2	Obligación 2: GEORREFERENCIAR Y UBICAR EVENTOS Y RESPUESTAS EN SALUD A ESCALAS DE PUNTO, LOCALIDAD Y UPE. 2.1 Actividades desarrolladas: Se georreferenció la población asignada del mes de abril (17/04/2026 - 29/04/2026). 2.2 Productos (evidencias): Bases de datos con el resultado del proceso de georrefenciación (Localidad, UPL, UPZ, Sector Catastral, Unidad más cercana).
3	Obligación 3: CARTOGRAFIAR, VERIFICAR Y EVALUAR LA CALIDAD DEL DATO DE UBICACION PARA LA REALIZACION DE INDICADORES DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA. 3.1 Actividades desarrolladas: Se generó cartografía temática de la población asignada del mes (Cursos de vida y población diferencial) (28/04/2026 - 30/04/2026). 3.2 Productos (evidencias): Presentaciones con las salidas gráficas de la cartografía temática generada.
4	Obligación 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DECALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Se compilaron las bases de usuarios asignadas de las 4 EAPB para identificar errores en la información (17/04/2026 - 30/04/2026). Generación de base de datos con la adscripción de usuarios a las unidades de atención de la Subred Centro Oriente, febrero (13/04/2026 - 16/04/2026). 4.2 Productos (evidencias): Base de datos con la consolidación de usuarios asignados del mes de noviembre. Base de datos con la adscripción de usuarios.
5	Obligación 5: DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRIDAD. 5.1 Actividades desarrolladas: Se gestionaron bases de datos y se generó cartografía temática en los formatos establecidos dentro de la dirección (01/04/2026 - 30/04/2026). 5.2 Productos (evidencias): Bases de datos, presentaciones y salidas gráficas de la cartografía temática con los formatos establecidos.
6	Obligación 6: PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO. 6.1 Actividades desarrolladas: Se asistió a la reunión de calidad del dato con representantes de Capital Salud (30/04/2026). 6.2Productos (evidencias): Acta de la reunión con asistentes, temas tratados y compromisos para el siguiente encuentro.
7	Obligación 7: RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. 7.1 Actividades desarrolladas: Se gestionaron de manera oportuna bases de datos, indicadores y tableros de control con la información de los usuarios asignados a la Subred Centro Oriente (01/04/2026 - 30/04/2026). 7.2 Productos (evidencias): Bases de datos y presentaciones generadas a partir de la información compartida dentro de los procesos de la dirección.
8	Obligación 8: REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DE CONTRATO. 8.1 Actividades desarrolladas: Se generó cartografía de áreas de influencia de las Unidades Resolutivas identificando densidad poblacional de sectores catastrales cercanos y usuarios de la ruta de enfermedades crónicas (16/04/2026) 8.2 Productos (evidencias): Salidas gráficas en formato imagen de la cartografía temática y presentaciones con los resultados (UR y sectores catastrales cercanos).
	Obligación 9: REALIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DE CADA ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE EL MES Y ENTREGAR EL SOPORTE AL LIDER DEL PROCESO, LA ACTIVIDAD DEBERA SER REALIZADA DE MANERA MENSUAL. 9.1 Actividades desarrolladas: Se generaron documentos explicativos con los resultados del proceso de georreferenciación y de los patrones de concentración espacial de usuarios (01/04/2026 - 30/04/2026). 9.2 Productos (evidencias): Presentaciones con descripciones de los resultados de

9	georreferenciación y puntos de concentración espacial.
10	Obligación 10: RADICAR EN GESTION DOCUMENTAL LOS SOPORTES OBTENIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE ARCHIVO Y CON LOS CRITERIOS DE LA TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL, AL FINALIZAR LA EJECUCION DEL CONTRATO NO SE DEBERA CONTAR CON ARCHIVO PENDIENTE PARA ALMACENAMIENTO. 10.1 Actividades desarrolladas: Generación y diligenciamiento de documentos en los formatos establecidos por la dirección (formatos de bases de datos y actas) (01/04/2026 30/04/2026). 10.2 Productos (evidencias): Actas de reunión y bases de datos con los formatos establecidos.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9501768619	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/14	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/14	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO* *PS_3079_2026_3ECC6C* **CESAR ESTEBAN DE SALVADOR CHAPARRO** **CC: 1031158721**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS* *PS_3079_2026_3ECC6C* **GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_3079_2026_3ECC6C* **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 1031158721		DE SALVADOR CHAPARRO CESAR ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 53 SUR 13 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7714575	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	221004286	9501768619	I	2026/04/08	2026/04/14	BANCO CAJA SOCIAL	6	$579,400

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1031158721 DE SALVADOR CESAR	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900	CCF21	30	$1,750,905	$35,100	14-23	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

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 1031158721		DE SALVADOR CHAPARRO CESAR ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 53 SUR 13 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7714575	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	221004286	9501768619	I	2026/04/08	2026/04/14	BANCO CAJA SOCIAL	6	$579,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,200	$0	$281,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,200	$0	$281,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$200	$0	$42,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$200	$0	$35,300
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$35,100	$200	$0	$35,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$900	$0	$219,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$900	$0	$219,800
TOTAL				**1**	**$576,900**	**$2,500**	**$0**	**$579,400**

Gmail

Cesar Esteban De Salvador Chaparro <cesar.de.salvador@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 221004286

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 13 de abril de 2026 a las 22:17
Para: cesar.de.salvador@gmail.com

¡Hola, César Esteban De Salvador Chaparro!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 579.400

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9501768619

Fecha de la transacción: 13/04/2026

CUS: 221004286

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:

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 del comprador >

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 3079 2026 CRP -9715.pdf	1 PS 3079 2026 CRP -9715.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3079 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3079 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)	PS 2139 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3079 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3079 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Eliminar seleccionados Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación del comprador >