**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: 5**
**FECHA: 2024-09-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **JAIRO FIGUEROA MEDINA** | | | **CC:** | **79353836** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **JAIFIGUE2015@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3132367081** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 6 ESTE 13 50 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008480295289** |

| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 4214 2025** | **N° CDP:** | **794** | **N°. RP:** | **794** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **2025/06/30** | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 3.143.560** | | | | | |

*JAIRO FIGUEROA MEDINA*
*PS_4214_2025_75006C-2025-06-17 11:33:07*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**JAIRO FIGUEROA MEDINA**
**CC: 79353836**
**CEL: 3132367081**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **JAIRO FIGUEROA MEDINA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **79.353.836** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 4214 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.430.680 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 18.861.360 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.143.560 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SEIS (06) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | RONALD AGUILAR GOMEZ | | |

| 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 realiza tramite de respuesta de devoluciones correspondiente a las diferentes ERP, en aplicativo de información DGH |
| 2 | Asistí a las diferentes actividades de capacitación programadas por la líder del área, para actualizar conocimientos en normatividad vigente. |
| 3 | Se recibieron bases de datos de las diferentes ERP, para realizar el análisis y trámite de respuesta a las mismas, manejando los tiempos establecidos según la normatividad vigente. |
| 4 | Se realizó validación de cada una de las cuentas, para evidenciar trazabilidad de las facturas entregadas para tramite, y así realizar un proceso efectivo. |
| 5 | Se trabajan las devoluciones teniendo en cuenta cada agilsalud, anexando los soportes pertinentes en cada uno. |
| 6 | Realizar los archivos planos, con los diferentes lineamientos por SYAC, para así realizar los cargues efectivos en el sistema de información DGH. |
| 7 | Se realiza gestión para la respectiva radicación de las diferentes ERP, asignadas en el mes. |
| 8 | Apoyo en radicación antes algunas ERP |
| 9 | Se consultaron bases de datos, para identificar afiliaciones al régimen de seguridad social en salud, y páginas de las diferentes entidades para descargar evidencia de servicios prestados (autorizaciones, Adres, Comprobador de derechos,), por parte de la Subred Integrada De Servicios de Salud Centro Oriente, a los diferentes usuarios que fueron notificados con causales de devolución. |
| 10 | Se realizó, descargue de soportes de las carpetas compartidas del armado de cuentas, para validación de soportes adjuntos en radicación inicial, y soportar faltantes para así dar una respuesta efectiva, y así subsanar las inconformidades dispuestas por las diferentes ERP. |

**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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9486485742 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2025/06/11 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/06/11 | $ 227.800 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/06/11 | $ 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** | *JAIRO FIGUEROA MEDINA*<br>*PS_4214_2025_75006C-2025-06-17 11:33:07*<br>**JAIRO FIGUEROA MEDINA**<br>**CC: 79353836** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *ALEXANDRA MARÍA MERCADO JIMÉNEZ*<br>*PS_4214_2025_75006C-2025-06-17 16:57:29*<br>**ALEXANDRA MARÍA MERCADO JIMÉNEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *RONALD AGUILAR GOMEZ*<br>*PS_4214_2025_75006C-2025-06-17 18:18:31*<br>**RONALD AGUILAR GOMEZ**<br>**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 79353836 | | FIGUEROA MEDINA JAIRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 6 ESTE N 13 50 SUR BLO 3 APA 503 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3132367081 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-05 | 2025-05 | 33954932 | 9486485742 | I | 2025/06/11 | 2025/06/11 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $469,000 |

**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)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 79353836 FIGUEROA JAIRO | 25-14 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $28,500 | 14-23 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $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 79353836 | | FIGUEROA MEDINA JAIRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 6 ESTE N 13 50 SUR BLO 3 APA 503 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3132367081 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-05 | 2025-05 | 33954932 | 9486485742 | I | 2025/06/11 | 2025/06/11 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $469,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$469,000** | **$0** | **$0** | **$469,000** |