	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN 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	
JAIME RODRIGUEZ MAYORGA	
CON CC: Nº	79,662,118
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 4169 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15,684,528	**No. HORAS EJECUTADAS**	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25,005,467	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,698,544
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 29 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades y productos relacionados en la obligación 2 del contrato. 1.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. 2. Brindar soporte para la ejecución de actividades derivadas de la coordinacion del area de Vigilancia Epidemiologia. 3. Participar en la reunion de area de Epidemiologia 4. Administracion AGILSALUD 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes
2	1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega del Plan de Trabajo de Ejecucion de la OPS del mes de Septiembre 2025 Trabajado y Cronograma Octubre 2025 Proyectado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\23. CRONOG_MES_A_MES\9.SEPTIEMBRE
3	1. OBLIGACIÓN: 3. Apoyar 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Recepcionar, validar, digitalizar y organizar en su respectiva carpeta los cronogramas de actividades del talento humano. 2.Realizar informe de archivo mensual, realizando la transferencia del mismo de forma anual 3. Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos. 4. Depuracion Correos Institucionales 5.Realizar apoyo a la coordinacion de Epidemiologia presentacion de Auditoria 7.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\ https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes
4	1. OBLIGACIÓN: 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soporte tecnico equipos computo Epidemiologia, apoyo tecnico areas comunes oficina Epidemiologia, Reunion Virtual Area Epidemiologia, Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos, Depuracion Correos Institucionales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
5	1. OBLIGACIÓN: 5. Realizar depuración, administración y/o consolidación de las bases de datos, documentos, aplicativos y/o informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Recepcionar, validar, digitalizar y organizar en su respectiva carpeta los cronogramas de actividades del talento humano. 2.Realizar informe de archivo mensual, realizando la transferencia del mismo de forma anual 3. Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos. 4. Depuracion Correos Institucionales 5.Realizar apoyo a la coordinacion de Epidemiologia presentacion de Auditoria 7.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\ https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes

6	1. OBLIGACIÓN: 6. Generar los reportes de información requeridos y que contribuyan en los análisis de indicadores y en respuesta a requerimientos recibidos por la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar informe de archivo mensual, Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos, Depuracion Correos Institucionales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
7	1. OBLIGACIÓN: 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de entornos y/p procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades y productos relacionados en la obligación 2 del contrato, Brindar soporte para la ejecución de actividades derivadas de la coordinacion del area de Vigilancia Epidemiologia. Participar en la reunion de area de Epidemiologia Administracion AGILSALUD, realizar Informesde periodos Bimensuales, Trimestrales , semestrales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\ https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes
8	1. OBLIGACIÓN: 8. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. 2. Administracion AGILSALUD, 3.Velar por la eficiente implementacion de la gestion documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
9	1. OBLIGACIÓN: 9. 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar informe de archivo mensual, Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos, solicitud de informacion de unidades informadoras y SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION
10	1. OBLIGACIÓN: 10. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar un buen prealistamiento de productos con Calidad y oportunidad de los requerimientos solicitados y realizados durante el periodo solicitado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION
11	1. OBLIGACIÓN: 11. 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soporte tecnico equipos computo Epidemiologia,.Apoyo tecnico areas comunes oficina Epidemiologia,Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos. Depuracion Correos Institucionales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 01/09/2025 al 30/09/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9490575281	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	09/09/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/09/2025	$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	09/09/2025	$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 440,500**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó 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 afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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.	
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**JAIME RODRIGUEZ MAYORGA** **CC: 79662118**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 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: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIME RODRIGUEZ MAYORGA	**CC:**	79,662,118
CORREO ELECTRÓNICO:	jacroma31@gmail.com	**TELÉFONO:**	3134984138
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 27 A SUR 4 25 ESTE	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación: RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	08480337545

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4169 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 2,698,544
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JAIME RODRIGUEZ MAYORGA
CC: 79,662,118
CEL: 3134984138

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 79662118		RODRIGUEZ MAYORGA JAIME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 27 A SUR # 4-25 ESTE APART 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3670847	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	90575281	9490575281	I	2025/09/04	2025/09/09	BANCO AV VILLAS	5	$442,100

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			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 79662118	RODRIGUEZ JAIME	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

2025/09/09 11:58 AM

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 79662118		RODRIGUEZ MAYORGA JAIME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 27 A SUR # 4-25 ESTE APART 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3670847	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	90575281	9490575281	I	2025/09/04	2025/09/09	BANCO AV VILLAS	5	$442,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$800	$0	$228,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$800	$0	$228,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$600	$0	$178,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				1	$440,500	$1,600	$0	$442,100

2025/09/09 11:58 AM

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
79'662 118	440.500=

AUT 080 20250909 09:49 SC 98 LINEA D
VR PAGADO: 442,100.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9490575281 O
ID:79662118
Fecha Aplicación:20250909 PIN:94937
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla	9	4	9	0	5	7	5	2	8	1			

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar:	Año				Mes	
	2	0	2	5	0	8

CAP-PRO-082-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

OFIX SUMINISTROS Y LOGISTICA SAS - N.T. 900.940.826-1 100360500 Sku: