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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAIME RODRIGUEZ MAYORGA**			**CC:**	**79662118**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jacroma31@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3134984138**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 27A SUR 4 25 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480337545**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7169 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.293.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JAIME RODRIGUEZ MAYORGA
PS_7169_2025_D09E4B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAIME RODRIGUEZ MAYORGA
CC: 79662118
CEL: 3134984138

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			
JAIME RODRIGUEZ MAYORGA			
	CON C.C N°	**79.662.118**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N 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 7169 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.293.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.293.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.293.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON		

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 1,1 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 y productos relacionados en la obligación 2 del contrato. ACTIVIDAD 1. 1,2 Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. 1,3 Brindar soporte para la ejecución de actividades derivadas de la coordinacion del area de Vigilancia Epidemiologia. 1,4 Participar en la reunion de area de Epidemiologia 1,5Administracion AGILSALUD PRODUCTO 1 . 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes
2	OBLIGACION 2 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. ACTIVIDAD 2 2,1 Entrega del Plan de Trabajo de Ejecucion de la OPS del mes de Octubre 2025 Trabajado y Cronograma Noviembre 2025 Proyectado PRODUCTO 2 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION23. CRONOG_MES_A_MES10.OCTUBRE
3	OBLIGACION 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. ACTIVIDAD 3 3,1.Recepcionar, validar, digitalizar y organizar en su respectiva carpeta los cronogramas de actividades del talento humano. 3,2.Realizar informe de archivo mensual, realizando la transferencia del mismo de forma anual 3,3. Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos. 3,4. Depuracion Correos Institucionales 3,5.Realizar apoyo a la coordinacion de Epidemiologia presentacion de Auditoria 3,7.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión PRODUCTO 3 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes
	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. ACTIVIDAD 4 4,1 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

PRODUCTO 4
172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION
CORREO INSTITUCIONAL
https://outlook.office.com/mail/

4	
5	OBLIGACION 5 Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC. ACTIVIDAD 5 5,1.Recepcionar, validar, digitalizar y organizar en su respectiva carpeta los cronogramas de actividades del talento humano. 5,2.Realizar informe de archivo mensual, realizando la transferencia del mismo de forma anual 5,3. Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos. 5,4. Depuracion Correos Institucionales 5,5.Realizar apoyo a la coordinacion de Epidemiologia presentacion de Auditoria 5,6.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. PRODUCTO 5 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes
6	OBLIGACION 6 Desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública. ACTIVIDAD 6 6,1 Realizar informe de archivo mensual, Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos, Depuracion Correos Institucionales, Consolidacion y Ajuste deInformes Requeridos de periodos Bimensuales, Trimestrales, Finales PRODUCTO 6 https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
7	OBLIGACION. 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. ACTIVIDAD 7 7,1 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. 7,2 Participar en la reunion de area de Epidemiologia Administracion AGILSALUD, realizar Informesde periodos Bimensuales, Trimestrales , semestrales PRODUCTO 7 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes
8	OBLIGACION 8 Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. ACTIVIDAD 8 8,1.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. 8,2. Administracion AGILSALUD, 8,3.Velar por la eficiente implementacion de la gestion documental. PRODUCTO 8 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
9	OBLIGACION 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. ACTIVIDAD 9 9,1Realizar 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 PRODUCTO 9 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION

10	OBLIGACION 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. ACTIVIDAD 10 10,1 Realizar un buen prealistamiento de productos con Calidad y oportunidad de los requerimientos solicitados y realizados durante el periodo solicitado PRODUCTO 10 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION
11	OBLIGACION 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 ACTIVIDAD 11 11,1 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. 11,2 Depuracion Correos Institucionales PRODUCTO 11. 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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

JAIME RODRIGUEZ MAYORGA
PS_7169_2025_D09E4B

JAIME RODRIGUEZ MAYORGA

CC: 79662118

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *MARIA CRISTINA DUARTE GARZON* *PS_7169_2025_D09E4B* **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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
2025-09	2025-09	92037661	9492037661	I	2025/10/06	2025/10/08	BANCO AV VILLAS	2	$441,200

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

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
2025-09	2025-09	92037661	9492037661	I	2025/10/06	2025/10/08	BANCO AV VILLAS	2	$441,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$300	$0	$228,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$300	$0	$178,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$700**	**$0**	**$441,200**

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único: 79'662 118

Valor a Pagar $: 440.500=

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

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9492037661

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 2025 Mes 09

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. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-FRO-062-V2

AV 080 20251008 10:11 SC 125 LINEA 0
VR PAGADO: 441,200.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA 0
CLAVE:9492037661
ID:79662118
Fecha Aplicación:20251008 PIN:101106
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

OFIX 100360500 Sku 43659

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

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	Es

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
☐	2 PS 4169 2025 CRP-14595.pdf	2 PS 4169 2025 CRP-14595.pdf
☐	1 PS 4169 2025 CRP-5852.pdf	1 PS 4169 2025 CRP-5852.pdf
☐	3 PS 4169 2025 CRP-20779.pdf	3 PS 4169 2025 CRP-20779.pdf
☐	4 PS 4169 2025 CRP-22170.pdf	4 PS 4169 2025 CRP-22170.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_SEPTIEMBRE_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_SEPTIEMBRE_2025.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2025.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2025.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2025.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2025.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2025.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2025_INDEXACIÓN.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2025_INDEXACIÓN.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2025.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2025.pdf
☐	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2025.pdf	PS_4169_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2025.pdf

Cancelar

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)