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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANDRÉS JIMÉNEZ MARTÍNEZ**			**CC:**	**1024537519**
CORREO ELECTRÓNICO:	**andressoccer12345@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3162132020**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 37 A 14 77**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**ITAU (Helm Bank)**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**765073881**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6671 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.172.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

ANDRÉS JIMÉNEZ MARTÍNEZ
PS_6671_2025_08DD13

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRÉS JIMÉNEZ MARTÍNEZ
CC: 1024537519
CEL: 3162132020

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			
ANDRÉS JIMÉNEZ MARTÍNEZ			
	CON C.C N°	**1.024.537.519**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 6671 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**183**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.328.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.172.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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.OBLIGACION: 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 ACTIVIDAD: Intervenciones colectivas e individuales referentes a la estrategia Familias con Mas Bienestar desarrolladas en colegios priorizados y no priorizados, públicos y privados durante las fechas 01 al 30 de noviembre del 2025. 1.2: EVIDENCIA: Formato de sesiones colectivas
2	2. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDAD: Entrega de cronograma mensual acorde a las actividades realizadas del 01 al 30 de noviembre 2025 para el producto Cuidado continuo por una vida con Bienestar, estrategia Familias con más bienestar, debidamente actualizada de manera periódica. 2.2: EVIDENCIA: Cronograma digital Entorno educativo
3	3. OBLIGACION: 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. 3.1 ACTIVIDAD: Cumplimiento de las actividades demandadas por la estrategia Familias con Más Bienestar. 3.2 EVIDENCIA: Formato de sesiones colectivas, Actas y listado de asistencia
4	4. OBLIGACION: 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 ACTIVIDAD: Participación en la reunión de entorno educativo. 4.2 EVIDENCIA: Actas y listado de asistencia.
5	5. OBLIGACION: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 5.1 ACTIVIDAD: Llevar a cabo las intervenciones, actividades y obligaciones dadas según el lineamiento técnico para dar cumplimiento a los objetivos planteados en el producto Familias con Mas Bienestar. 5.2 EVIDENCIA: Formato de sesiones colectivas Drive y tableros mensuales Informes y Actas
6	6.OBLIGACION: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 ACTIVIDAD: Se realiza apropiación conceptual del lineamiento Acción o proceso integral e integrado cuidado continuo por una vida con Bienestar vigencia 1 de octubre del año 2025 al 30 de junio del año 2027. 6.2 EVIDENCIA: Actas
7	7. OBLIGACION: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDAD: Seguimiento a las acciones y preauditoria de las evidencias desarrolladas como actas y formatos de sesiones colectivas durante el mes de noviembre. Actualización de tablero de control y población abordada. 7.2 EVIDENCIA: Actas y listado de asistencia Bases dispuestas.
8	8. OBLIGACION: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDAD: Remitir o canalizar eventos que se consideren de interés a las áreas o supervisiones correspondientes para su intervención oportuna. 8.2 EVIDENCIA Formato de canalizaciones.
9	9. OBLIGACION: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 ACTIVIDAD: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación establecida por el área y el entorno. 9.2. EVIDENCIA: Cajas de organización y archivo FUID
10	10. OBLIGACION: 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. 10.1 ACTIVIDAD: Cumplimiento con el envío de canalizaciones requeridas por el producto, elaboración de informes y demás, que sean solicitados para el desarrollo efectivo del lineamiento. 10.2 . EVIDENCIA: Ficha de canalizaciones Informes

11	11.OBLIGACION: 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. 11.1 ACTIVIDAD: Llevar a cabo un proceso eficiente y de calidad en cada obligación función del producto correspondiente para mitigar causales de glosas en el entorno. 11.2 EVIDENCIA: Soporte requerido.
12	12. 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. 12.1 ACTIVIDAD: Realizar acciones y actividades requeridas de acuerdo a la necesidad del contrato. 12.2 EVIDENCIA: Soporte requerido

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494684591	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	$ 306.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	$ 392.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	$ 59.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 759.100

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	*ANDRÉS JIMÉNEZ MARTÍNEZ* *PS_6671_2025_08DD13* **ANDRÉS JIMÉNEZ MARTÍNEZ** **CC: 1024537519**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ* *PS_6671_2025_08DD13* **KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6671_2025_08DD13* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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 1024537519		JIMENEZ MARTINEZ ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 37 A # 14 77	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1926206560	9494684591	I	2025/11/07	2025/11/13	BANCO ITAU	6	$777,000

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)					$2,453,280	$392,600			$2,453,280	$306,700			$2,453,280	$14,800			$2,453,280	$59,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,453,280	$392,600			$2,453,280	$306,700			$2,453,280	$14,800			$2,453,280	$59,800		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$2,453,280	$392,600			$2,453,280	$306,700			$2,453,280	$14,800			$2,453,280	$59,800		$0	$0
1	CC	1024537519	JIMENEZ ANDRES	230301	30	$2,453,280	$392,600	EPS005	30	$2,453,280	$306,700	CCF24	30	$2,453,280	$14,800	14-11	30	$2,453,280	$59,800	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,453,280	$392,600			$2,453,280	$306,700			$2,453,280	$14,800			$2,453,280	$59,800		$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 1024537519		JIMENEZ MARTINEZ ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 37 A # 14 77	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1926206560	9494684591	I	2025/11/07	2025/11/13	BANCO ITAU	6	$777,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$392,600	$1,500	$0	$394,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$392,600	$1,500	$0	$394,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$59,800	$300	$0	$60,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$59,800	$300	$0	$60,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,800	$100	$0	$14,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$14,800	$100	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$306,700	$1,200	$0	$307,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$306,700	$1,200	$0	$307,900
TOTAL				1	$773,900	$3,100	$0	$777,000

aportes en línea

Pagos aportaciones en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	181.59.2.191
Estado de la:	APROBADA
Clave planilla:	9494684591
Valor:	777.000
Período de pago:	2025-10
No Transacción (CUS):	1926206560
Fecha:	13/11/2025
Banco:	BANCO ITAU
Descripción:	Pago de la planilla de aportes con clave: 9494684591
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100 Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 am a 6:00 pm y los sábados de 8:00 am a 1:00 pm