**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:** | **OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA** | | | **CC:** | **346403** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **osalftega@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3188936693** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **AK 86 17 90** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **009700114565** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 6554 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 372.600** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2025/11/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31** | | | | |

*OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA*
*PS_6554_2025_EB3AB2*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA**
**CC: 346403**
**CEL: 3188936693**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **346.403** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 6554 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.980.800 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **23** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 6.334.200 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 372.600 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato 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.<br>1.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atención oportuna de actividades asignadas en la línea de intervención enfermedades de origen zoonotico y acciones de inspeccion, vigilancia y control de en las localidades vigiladas por la subred<br>1.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación. |
| 2 | 2.OBLIGACIÓN 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma<br>2.2PRODUCTO(EVIDENCIA): Cronograma en físico. |
| 3 | 3. 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.<br>3.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos<br>3.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación. |
| 4 | 4. 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.<br>4.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientos del coordinador del área<br>4.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación. |
| 5 | 5. OBLIGACIÓN 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred<br>5.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia y participación del Plan de inducción, reinducción y fortalecimiento de capacidades, así como, de la evaluación de las capacidades técnicas del talento humano del PVpyg<br>5.2PRODUCTO(EVIDENCIA): Actas, listados y evaluaciones (pre y postest). |
| 6 | 6.OBLIGACIÓN 6: 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.<br>6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva de acuerdo a la meta establecida.<br>6.2PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación. |
| 7 | 7. OBLIGACIÓN 7: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>7.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento completo y con calidad de la planilla y carnet de vacunación contra la rabia para perros y gatos.<br>7.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato EZ21 - Planilla de vacunación y carnet completamente diligenciada cumpliendo los criterios de calidad descritos en el Anexo 4. Manual Técnico Operativo Vacunación antirrábica animal. |
| | descritos en el Anexo 4. Manual Técnico Operativo Vacunación antirrábica animal.<br>8. OBLIGACIÓN 8: 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.<br>8.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO |

| | |
|---|---|
| 8 | 8.2PRODUCTO(EVIDENCIA):NO HUBO PARA EL PERIODO. |
| 9 | 9.OBLIGACIÓN 9: 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.<br>9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO.<br>9.2PRODUCTO(EVIDENCIA): En caso de que no hizo canal. |
| 10 | 10. OBLIGACIÓN 10: 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<br>10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental.<br>10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación. |

**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: | COMPENSAR | | $ 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** | *OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA*<br>*PS_6554_2025_EB3AB2*<br>**OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA**<br>**CC: 346403** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ*<br>*PS_6554_2025_EB3AB2*<br>**JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*<br>*PS_6554_2025_EB3AB2*<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 346403 | | TEJERO GARCIA OSCAR ALFONSO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 36 # 52A 12 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | | $34,700 | | $0 | $0 | | $440,500 |
| **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 | | $440,500 |
| 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 | | $440,500 |
| 1 | CC | 346403 | TEJERO OSCAR | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS008 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 30 | $1,423,500 | 2.436% | $34,700 | 0 | $0 | $0 | No | $440,500 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | | $34,700 | | $0 | $0 | | $440,500 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**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 | 1851922014 | 9491900615 | I | 2025/10/02 | 2025/10/15 | BANCO DAVIVIENDA | 13 | $444,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $1,900 | $0 | $229,700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $1,900 | $0 | $229,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $300 | $0 | $35,000 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $34,700 | $300 | $0 | $35,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $1,500 | $0 | $179,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $178,000 | $1,500 | $0 | $179,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$440,500** | **$3,700** | **$0** | **$444,200** |

Gmail **oscar alfonso Tejero <oscartejero@gmail.com>**

# PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1851922014

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 14 de octubre de 2025, 20:29
Para: oscartejero@gmail.com

## ¡Hola, Oscar Tejero García!

**Estado de la Transacción:** Aprobada

### Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** $ 444.200

**Empresa:** APORTES EN LINEA

**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave: 9491900615

**Fecha de la transacción:** 14/10/2025

**CUS:** 1851922014

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.

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 de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >