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: (31-12-2025)					
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:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

JAIME RODRIGUEZ MAYORGA
PS_7169_2025_B3C722

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:	$ 13.174.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.293.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
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 Diciembre 2025 Trabajado y Cronograma Enero 2026 Proyectado PRODUCTO 2 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION23. CRONOG_MES_A_MES12.DICIEMBRE
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

4	172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
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
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 7,3 Se realiza fortalecimiento en Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI PRODUCTO 7 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION11. REUNIONES_AREA12.DICIEMBRE_8387562_2025
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 9,2 fortalecimiento Canalizaciones Capacitacion Virtual TEAMS PRODUCTO 9 172.26.33.40sivigila2025$250_46_8_PRODUCTOS_GESTION
	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

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494954393	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/09	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/09	$ 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	*JAIME RODRIGUEZ MAYORGA* *PS_7169_2025_B3C722* **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_B3C722* **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **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 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
2025-11	2025-11	94954393	9494954393	I	2025/12/04	2025/12/09	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

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
2025-11	2025-11	94954393	9494954393	I	2025/12/04	2025/12/09	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



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: 9 A 9 4 9 5 4 3 9 3

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 11

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 UNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-063-V2

ADD 080 20251206 11:50 SC 433 LINEA A
VR PAGADO: 442,100.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9494954393 0
ID:79662118
Fecha Aplicación:20251209 PIN:115015
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

OFIX 100080800 Sku 43888

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

< Eva

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	PS_7169_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7169_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7169_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7169_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor

Eliminar selec

Cancelar

< Eva