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: (31-01-2026)					
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**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA
PS_6554_2025_80E6F8

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** **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			
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**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.447.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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** **(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. 1.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atencion oportuna de actividades asignadas en la linea de intervencion enfermedades de origen zoonotico y acciones de inspeccion, vigilancia y control de en las localidades vigiladas por la subred 1.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales,carnet vacunación
2	.OBLIGACIÓN 2:Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma 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. 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 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. 4.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientos del coordinador del área 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 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 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. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva de acuerdo a la meta establecida. 6.2PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.
	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. 7.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento completo y con calidad de la planilla y carnet de vacunación contra la rabia para

7	perros y gatos. 7.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato EZ21 - Planilla de vacunación y carnet completamente diligenciada cumpliendo los criterios de calidad descritos en el Anexo 4.Manual Tecnico Operativo Vacunacion antirrabica animal.
8	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 ParticipaciónSocial. 8.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO 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. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI,no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciacion y/o educacion para la salud publica, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO. 9.2PRODUCTO(EVIDENCIA):En caso de que no hizo canalizaciones,no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciacion y/o educacion para la salud publica, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO.
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 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496739094	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/07	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/07	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/07	$ 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	*OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA* *PS_6554_2025_80E6F8* **OSCAR ALFONSO TEJERO GARCIA** **CC: 346403**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ* *PS_6554_2025_80E6F8* **JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6554_2025_80E6F8* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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 346403		TEJERO GARCIA OSCAR ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 36 # 52A 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2064678094	9496739094	I	2026/01/05	2026/01/07	BANCO DAVIVIENDA	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	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	$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 346403		TEJERO GARCIA OSCAR ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 36 # 52A 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2064678094	9496739094	I	2026/01/05	2026/01/07	BANCO DAVIVIENDA	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
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				1	$440,500	$700	$0	$441,200

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 2064678094

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 6 de enero de 2026 a las 19:53
Para: oscartejero@gmail.com

¡Hola, Oscar Tejero García!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 441.200

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9496739094

Fecha de la transacción: 06/01/2026

CUS: 2064678094

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

Datos guardados

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
☐	PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6554 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >