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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAIRO ARMANDO CORREDOR LEMUS**			**CC:**	**79742333**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CORREDORJAIROARMANDO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102581186**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 59 SUR 66 24**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009170348339**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3088 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

JAIRO ARMANDO CORREDOR LEMUS
PS_3088_2026_79E536

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAIRO ARMANDO CORREDOR LEMUS
CC: 79742333
CEL: 3102581186

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			
JAIRO ARMANDO CORREDOR LEMUS			
	CON C.C N°	**79.742.333**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3088 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.111.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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	OBLIGACION 1. Realizar cruces entre las diferentes fuentes de información en salud: 1.1 Se realiza entrega de consolidao de canalizaciones base de asignacion Capital salud, Coosalud, famisanar y Sanitas correspondiente al mes con los ajustes solicitados actualizando los DATOS BASICOS DEL USUARIO1.2 Se recibe capacitacion cohorte salud mental para alimentación de la base, se realiza cruce base de datos cohorte violencias
2	OBLIGACION 2.Diseñar y generar bases de datos para cada una de las rutas de riesgo: 2.1 se realiza la entrega de bases diarias a profesional a cargo para canalizaciones en la que se relaciona los usuarios que ingresan atravez del aplicativo Sirc los cuales se realiza demanda inducida 2.2 se recibe capacitacion y los cruces de asignacion -adscripcion cohorte salud mental, actualizacion de cohortes de adultez -vejez por laboratirios
3	OBLIGACION 3. entregar semanalmente a cada cohorte, la informacion referenciada de laboratorio clinico, dinamica gerencial, entre otros,aplicativos que se requieran para la generacion y consolidacion de informes 3.1: se capacita a profesional en la actualizacion de los usuarios asignados de manera Diaria po EAPB Sanitas,,Capital salud, Coosalud ,Famisanar ,3.2:se realiza envio por cohorte adultez -vejez de adscripcion del mes
4	OBLIGACION 4.Realizar los apoyos necesarios y acordes a su objeto contractual en el desarrollo de las actividades de la direccion de gestion integral del riesgo en salud de la subred centro oriente e.s.e 4.1: Se reliza entrega de la base de datos SIRC capital salud .Retomas barreras.plan de egreso profesional de apoyo de proceso ,4.2: se realiza cargue a SIRC fallidos no abordados
5	OBLIGACION 5.Realizar apoyo en la generacion y consolidacion de indicadores de riesgo necesarios para el reporte mensual, semestral y anual.:5.1 Se realiza entrega de de tableros de control de canalizaciones,tablero de plan de egreso para la generacion de indicadores por parte de la lider,se recibe cohortes adultez -vejes con corte al mes de julio 2026 5.2:se realiza las actas de entregas de procesos de canalizacion ,barreras,plan de egresos retomas y envio al lider y profesional acargo al correo
6	OBLIGACION 6. realizar apoyo al proceso de canalizacion en cada proceso o cohorte del riesgo en donde realice sus obligacin 6.1 se realiza envio de base canalzaciones-retomas ,barreras.plan de egresos gestionadas a profesional de apoyo con cohorte al mes de julio 2026 .6,2 se recibe drive de cohorte de salud mental-adultes-vejez con entrega al mes de julio 2026
7	OBLIGACION 7.Apoyar en la digitacion de los diferentes procesos bajo la supervision de la direccion de gestion integral del riesgo.7,1: (NO APLICA PARA EL MES)
8	OBLIGACION 8.Realizar la gestion documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al lider del oce.8:1 la actividad debera ser realizada de manera mensual: Se realizan las descargas de HC solicitadas para seguimientos o auditorias internas o externas.Elaboracion y entraga de cuenta de cobro formatos nuevos, cronograma de actividades y soportes .8.2:se realiza descargas de dinamica de Historias clinica solicitadas a demanda
9	OBLIGACION 9.Radicar en gestion documental los soportes obtenidos durante la ejecucion del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retencion documental, al finalizar la ejecucion del contrato no se debera contar con archivo pendiente para almacenamiento. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato .9,2: (NO APLICA PARA EL MES)

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93778061	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/13	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*JAIRO ARMANDO CORREDOR LEMUS* *PS_3088_2026_79E536* **JAIRO ARMANDO CORREDOR LEMUS** **CC: 79742333**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS* *PS_3088_2026_79E536* **GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3088_2026_79E536* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79742333	JAIRO ARMANDO CORREDOR LEMUS	Kr68c 65 60 sur	7240807	corredorjairoarmando@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93778061	13/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$542.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	2	400	0	219.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	2	500	0	280.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	2	100	42.800			427	42.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.300
Pensión	1	280.200	280.700
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	542.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79742333	JAIRO ARMANDO CORREDOR LEMUS	Kr68c 65 60 sur	7240807	corredorjairoarmando@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93778061	13/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$542.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79742333	CORREDOR LEMUS JAIRO ARMANDO	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
563064680

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
13/08/2026

Número de aprobación
00064680

Dirección IP
179.51.114.243

Valor transacción
$ 542.800,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.51.114.243	CC	79742333

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3088 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3088 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3088 2026 CRP -9724.pdf	1 PS 3088 2026 CRP -9724.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3088 2026 CRP -17111.PDF	2 PS 3088 2026 CRP -17111.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

☐	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 3088 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Datos guardados