**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: 5**
**FECHA: 2024-09-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DARIO RODRIGUEZ FERREIRA** | | | **CC:** | **19383467** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **DARIORODRIGUEZF2004@YAHOO.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3132637718** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **DG 60A BIS SUR 75I 23** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008000518533** |

| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1820 2025** | **N° CDP:** | **2526** | **N°. RP:** | **0** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **2025/09/01** | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 1.380.000** | | | | | |

*DARIO RODRIGUEZ FERREIRA*
*PS_1820_2025_83C52E*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DARIO RODRIGUEZ FERREIRA**
**CC: 19383467**
**CEL: 3132637718**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **DARIO RODRIGUEZ FERREIRA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **19.383.467** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1820 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 55.200.000 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **12** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 62.100.000 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 1.380.000 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA | | |

| **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 | Como profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración prequirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumplo con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas. |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 87852873 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/07/14 | $ 414.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/07/14 | $ 530.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/07/14 | $ 80.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 1.024.700 |

| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. | |
| VII. ANEXOS<br>(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** | *DARIO RODRIGUEZ FERREIRA*<br>*PS_1820_2025_83C52E*<br>**DARIO RODRIGUEZ FERREIRA**<br>**CC: 19383467** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1820_2025_83C52E*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA*<br>*PS_1820_2025_83C52E*<br>**XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

**DARIO RODRIGUEZ FERREIRA**

NIT: 19383467-8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CONJUNTO ENCENILLOS DE SINDAMANOY AGP MALAGA CA 27, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3132637718

Email. dariorodriguezf_2004@yahoo.com

Autorización factura de venta nacional No. 18764088738815 válida desde 2025-02-11 hasta 2025-08-11 rango desde FE75 hasta FE500.

**Razón Social:** Red Centro Oriente Empresa Social del Estado
**NIT :** 900959051
**Dirección:** Diag 34 # 5-43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
**Teléfono:** 3444484
**Email:** radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

**Método de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Fecha de Pago:** 31/07/2025
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA DE VENTA NACIONAL :** **FE80**
**MONEDA:** **COP Colombia, Pesos**
**HORA EMISIÓN:** **08:49:06-05:00**

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 15 | 07 | 2025 | 31 | 07 | 2025 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 001 | Servicios Profesionales<br>Prestados como medico Anestesiologo durante<br>el periodo del 1 al 31 de juliio 2025 | HUR | 12,00 | $115.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $1.380.000,00 |

**Notas**:

**SON**: (Un millon trescientos ochenta mil pesos )
**CUFE**:

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $1.380.000,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **IVA:** | $0,00 |
| **Total:** | $1.380.000,00 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA / VALOR NOMINAL | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| **IMPUESTOS** | | | |
| 01 IVA | $1.380.000,00 | 0.00% | $0,00 |

**Firma Digital:**

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta.**

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **DARIO RODRIGUEZ FERREIRA**, identificada con **CC** número **19383467**, aportó por **DARIO RODRIGUEZ FERREIRA** identificado(a) con **CC** número **19383467** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 06 - 2025 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $3,312,000 | 0.16000 | $530,000 | $0 | $0 | Junio - 2025 | 87852873 | 14/07/2025 | NO |
| 14-11 | ARL SURA | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $3,312,000 | 0.02436 | $80,700 | $0 | $0 | Junio - 2025 | 87852873 | 14/07/2025 | NO |
| EPS008 | Compensar EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $3,312,000 | 0.12500 | $414,000 | $0 | $0 | Junio - 2025 | 87852873 | 14/07/2025 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **17** días del mes **Julio** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.