

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY			CC:	74379421	
CORREO ELECTRÓNICO:	JOSEPUMA2009@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3195501868	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 59 94 B 69			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007100912414	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1515 2025	N° CDP:	2454	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.000.000					



JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY
PS_1515_2025_B93E27

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY
CC: 74379421
CEL: 3195501868

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY			
CON C.C N°		74.379.421	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS EN AREAS ADMINISTRATIVAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1515 2025	FECHA INICIO CONTRATO 2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.016.078	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.720.260	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.0
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		RONALD AGUILAR GOMEZ	
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	Manejo gestión Documental - (Ágil Salud) Seguimiento para dar respuesta a solicitudes y finalizar procesos a entidades externas y internas.		
2	Se realizan actividades conforme a las instrucciones inpartidas por la supervicion del contrato - Realizar recibos de caja - Realizar cartas p solicitud cheque de gerencia, para servicios publicos - Impuestos-AFC descuentos de nomina - Rendimientos Finacieros - Sistemas Información y Archivo Electronico		
3	Revision de solicitudes para dar respuesta a todas las entidades internas y externas de la entidad del correo de Tesoreria - Apoyo Tesoreria Sistema de Informacion y Archivo Electronico		
4	Consultar en el modulo de tesoreria, conforme a indicaciones e instrucciones inpartidas por la supervisora del contrato y/o Referente de Tesorer - Dinamica Gerencial		
5	Archivar y Organizar la documentacion del area de Tesoreria en carpetas por clase de documento y area - Soporte Fisico de Comprobantes Egreso y documentos bancos		
6	Proceso de scanner de documentacion de bancos y entidades publicas - proveedores - Sistemas de Informacion y Archivo Electronico		
7	Elaboracion de oficios de solicitudes a bancos, entidades internas y externas.		
8	Patinaje de documentos para procesos de tesotreria a las diferentes areas administrativas.		
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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 89011013	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/09/11	\$ 178.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/11	\$ 228.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/11	\$ 34.900
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 442.600
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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, 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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>		
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	<div><i>JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY</i> <i>PS_1515_2025_B93E27</i></div> <div>JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY</div> <div>CC: 74379421</div>	
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><i>MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO</i> <i>PS_1515_2025_B93E27</i></div> <div>MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><i>RONALD AGUILAR GOMEZ</i> <i>PS_1515_2025_B93E27</i></div> <div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY
No. Identificación: CC74379421
Dirección: CARRERA 59 NO 94B - 69
Telefono: 3195501868
Correo: josepuma2009@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 89011013

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY
Tipo y número de identificación	CC74379421
Número de planilla	89011013
Fecha pago	2025-09-11
Número de autorización pago	2047281
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2025
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	442600
Total Intereses de Mora	2100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34900	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	228900	1
EPS002	Salud Total EPS	178800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 74379421
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0