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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS EDUARDO ROJAS RINCON**				**CC:**	**79804508**
					RUT (NIT):	**79804508**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUEDROR@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3208547486**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 10F 34 81 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870153766**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1413 2025**	**N° CDP:**	**799**	**N°. RP:**	**6076**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 23.360.400**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.893.400**					

LUIS EDUARDO ROJAS RINCON
PS_1413_2025_216DD5-2025-05-19 16:49:27

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS EDUARDO ROJAS RINCON
CC: 79804508
CEL: 3208547486

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**LUIS EDUARDO ROJAS RINCON**		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**79.804.508**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION 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 1413 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.360.400		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400	
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	799	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 11.680.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	799	**RP DE LA ADICIÓN:** 6076	**TIEMPO PRORROGADO:** DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

ITEM	**IV. 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	Acompañamiento técnico a reuniones de conciliación, auditorias y capacitaciones realizadas por las diferentes EAPBS, especialmente auditoría con Capital Salud para seguimiento al contrato de las cuentas de PYD y PGP.
2	Descarga de los medios magnéticos RIPS, desde el módulo asignado en el Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH.
3	Administración Seguimiento diario del modulo FEV-RIPS, en la generación y envió de RIPS en formato JSON al Ministerio de Salud generados por el sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria vía WEB.
4	Ajuste de los medios magnéticos RIPS-JSON y posterior reenvio y transmisión al Ministerio de Salud.
5	Se genera informe de los hallasgoz y ajustes realizados y se envia por correo electrónico.
6	Asistir a las mesas de trabajo programadas en aras de realizar un mejoramiento continuo en la calidad del dato en los medios magnéticos RIPS-JSON.
7	Se validan los RIPS de la cuenta de PYD de acuerdo a los ajustes solicitados por las personas encargadas de validar la cuenta.
8	Se validan los RIPS de la cuenta de PGP de acuerdo a los ajustes solicitados por las personas encargadas de validar la cuenta.
9	Asistencia a reuniones de seguimiento y al contrato de las cuentas de PYD y PGP de la EPS Capital Salud.

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86528234	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/05/12	$ 235.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/05/12	$ 301.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/12	$ 45.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 582.200

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:	*LUIS EDUARDO ROJAS RINCON* *PS_1413_2025_216DD5-2025-05-19 16:49:27* **LUIS EDUARDO ROJAS RINCON** **CC: 79804508** **CEL: 3208547486**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1413_2025_216DD5-2025-05-20 13:20:51* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA DE QUIEN VALIDA:	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1413_2025_216DD5-2025-05-19 22:00:08* **YAMILE CANO HERRERA** **PERFIL:** **ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL**

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	79804508	LUIS EDUARDO ROJAS RINCON	Cra 10F # 34 - 81 sur	6014915554	luedror@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	09/04/2025	85734821	$582.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	235.200	0		0		0	0	0	0	235.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	301.100	0	0	0	0	0	0		301.100	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	45.900				45.900	0	0	45.900			459	45.900	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	235.200	235.200
Pensión	1	301.100	301.100
Riesgos Laborales	1	45.900	45.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	582.200	582.200

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	79804508	LUIS EDUARDO ROJAS RINCON		Cra 10F # 34 - 81 sur	6014915554	luedror@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	09/04/2025	85734821	$582.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79804508	ROJAS RINCON LUIS EDUARDO	59	0			N																	230301	1.881.600	301.100	0	0	0	0	EPS005	1.881.600	235.200	14-11	1.881.600	3	45.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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