

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA			CC:	52072421
CORREO ELECTRÓNICO:	RHELENA72@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3203409992
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 39 SUR 72Q 22			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000570110544
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1054 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.484.896	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA PS_1054_2025_ECAB8B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA CC: 52072421 CEL: 3203409992					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA

CON C.C N° 52.072.421

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1054 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.939.584	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 35.298.624	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.484.896
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA
---	--------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
------------------------	------------------------------

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	Realizar el diligenciamiento de la historia clínica, consentimiento informado, RIPS y demás registros conforme a la normatividad vigente
2	Apoyar la atención de las auditorías internas y externas presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales
3	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
4	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
5	realizacion de consultas de Urgencias: 2. Primera vez operatoria: 3. Dientes obturados : 15. Resina:5. Adicional:3. Tratamiento terminado en operatoria: 2. Primera vez cx: 1. Exodoncia permanente: 1. Pacientes controlados: 2. Atención primera vez :144. Atención repetida : 95. Historias clínicas: 119. Urgencias: 26. Primera vez operatoria: 68. Repetidos operatoria: 70. Dientes obturados : 187. Amalgama: 82. Adicional: 43. Resina: 92. Adicional: 95. Ionomero de vidrio: 32. Obturación temporal: 13. Tratamiento terminado en operatoria: 42. Primera vez pulpectomia: 12. Pulpectomia: 6. Primera vez cx: 32. Repetido cx: 14. Exodoncia de diente temporal: 3. Exodoncia permanente: 62. Tratamiento terminado en cirugía: 23. Pacientes controlados: 95

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 34742540	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/10/15	\$ 179.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/15	\$ 229.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/15	\$ 34.900
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 443.000
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA PS_1054_2025_ECAB8B ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA CC: 52072421	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN PS_1054_2025_ECAB8B CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN SUPERVISOR DEL CONTRATO	

RAZÓN SOCIAL :	ROSA HELENA RODRIGUEZ PENA
IDENTIFICACIÓN:	CC-52072421
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-15
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-15
FECHA DE PAGO:	2025-10-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34742540
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34742540
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSA SALUD EPS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000	\$ 178.000	\$ 179.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 227.800	\$ 229.100
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 34.700	\$ 34.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 2.500	\$ 440.500	\$ 443.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/11/2025
----------------------------------	------------