**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: (31-10-2025)** | | | | | |
| **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** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1515 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.672.026** |
| **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** | | | | |

*JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY*
*PS_1515_2025_BB3F13*

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

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **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:** | $ 2.672.026 |
| **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 | Revisar y dar seguimiento para dar respueta a solicitudes,subir planillas y documentacin y finalizar el proceso - Sistema de Informacion y Archivo Electronico |
| 2 | Consultar en el modulo de tesoreria, conforme a indicaciones e instruciones inpartidas por la supervisora del contrato y/o Referente de Tesoreria - Dinamica Gerencial |
| 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 | Archivar y Organizar la documentacion del area de Tesoreria en carpetas por clase de documento y area - Soporte Fisico de Comprobantes de Egreso y documentos bancos |
| 5 | Proceso de scaner de documentacion de bancos y entidades publicas - provedores - Sistemas de Informacion y Archivo Electronico |
| 6 | Se realizan actividades comforme a las instruciones inpartidas por la supervicion del contrato - Realizar recibos de caja - Realizar cartas para solicitud cheque de gerencia, para servicios publicos - Impuestos-AFC descurntos de nomina - Rendimientos Finacieros - Sistemas de Informacion y Archivo Electronico |
| 7 | Apoyo en la elaboracion de recibos de caja para soporete de giros a la Subred Centro Oriente. |
| 8 | Elaboracion de oficios de solicitudes a bancos, entidades internas y externas. |
| 9 | Patinaje de documentos para procesos de tesotreria a las diferentes areas administrativas. |

**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° 8389856027 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2025/10/14 | $ 178.900 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/10/14 | $ 229.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/10/14 | $ 34.900 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 442.800 |

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** | *JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY*<br>*PS_1515_2025_BB3F13*<br>**JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY**<br>**CC: 74379421** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO*<br>*PS_1515_2025_BB3F13*<br>**MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *RONALD AGUILAR GOMEZ*<br>*PS_1515_2025_BB3F13*<br>**RONALD AGUILAR GOMEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

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:** 8389856027

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** | 8389856027 |
| **Fecha pago** | 2025-10-14 |
| **Número de autorización pago** | 29447107 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 442800 |
| **Total Intereses de Mora** | 2300 |

PAGADA
8389856027

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 34900 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 229000 | 1 |
| EPS002 | Salud Total EPS | 178900 | 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 |

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