

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO		CC:	79962083	
CORREO ELECTRÓNICO:	APOYOCALLCENTER@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO		TELÉFONO:	3103282506	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 52 SUR 97 68 IN 3 APTO 303		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	096766287

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5959 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO

PS_5959_2025_E9CA0F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO

CC: 79962083

CEL: 3103282506

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO**

CON C.C N° 79.962.083

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5959 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/07/17

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 4.008.039 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9.352.091 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.672.026

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	Se realizan monitoreo permanente a las agendas médicas de las unidades Samper Mendoza, San Blas, Santa Clara y Candelaria garantizando el cumplimiento de la programación y disponibilidad de turnos para la atención de los usuarios.
2	Creación y habilitación de las agendas de las unidades de San Blas, Santa Clara, Samper Mendoza y Candelaria para la creación de turnos en Dinámica Gerencial, adicionalmente se realiza la habilitación de agendas de acuerdo a oportunidad y disponibilidad, o bajo supervisión de la dirección.
3	Elaboración de informes de acuerdo a la necesidad de la dirección de servicios ambulatorios.
4	Realizar informe y seguimiento de citas mal asignadas por frecuencia de uso, mala asignación por edad y/o servicio
5	Gestión y cruce de información de bases para generación de informes
6	Al inicio de cada mes, se elaboró un informe detallado sobre el portafolio de servicios disponibles en la Subred Centro Oriente, incluyendo la cantidad de cupos ofertados en consultorios básicos y especializados.
7	Se realizó la asignación de citas médicas de anestesia, fisiatría y otras especialidades del Hospital Santa Clara, según reporte y necesidad de la unidad.
8	Encuestas de seguimiento a incumplimiento de citas médicas de acuerdo a muestra suministrada.

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° 90464370	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/15	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/15	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/15	\$ 34.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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, 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)</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	 <p><i>WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO</i> <i>PS_5959_2025_E9CA0F</i></p> <hr/> <p>WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO CC: 79962083</p>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_5959_2025_E9CA0F</i></p> <hr/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		

