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:	**DUMAR DANIEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ**			**CC:**	**1022336654**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANIELR3087@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3144015270**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 28 A 41 29 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009800152861**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1466 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
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**				

DUMAR DANIEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ
PS_1466_2025_DF98A5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DUMAR DANIEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CC: 1022336654
CEL: 3144015270

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 EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DUMAR DANIEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.022.336.654**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1466 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.875.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

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	Gestionar el acceso de los usuarios a los servicios, teniendo en cuenta los manuales y protocolos institucionales vigentes, Se notifica a los Usuarios y se brinda información de acuerdo a los protocolos y manuales institucionales y se notifican a través de llamadas telefónicas.
2	Se da información telefónica cuando se requiere según los requerimientos del drive que se tiene establecido, en el drive preventivo
3	Se realiza verificación en bases de datos cada que se asigna una cita de acuerdo al instructivo de asignación , en el drive preventivo
4	Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios de acuerdo a los protocolos y metas establecidas. No aplica No se realizan encuestas para este periodo
5	Se realiza registro en el aplicativo Si cuéntanos de barreras de acceso a los Usuarios, por no oportunidad de citas médicas 110 registros en aplicativo Si cuéntanos
6	Se realiza registro diario en el aplicativo Si cuéntanos de barreras de acceso a los Usuarios y aplicativo Si cuéntanos Bogotá
7	Se participa en todas las actividades programadas e informadas por jefe inmediato y Listados de asistencia
8	No se realizan talleres pedagógicos; sin embargo se da información a los Usuarios que registran con citas incumplidas agendando taller pedagógico o informando la metodología para realizar el taller de manera virtual
9	Se entregan los productos solicitados en los tiempos establecidos, así mismo el drive está al día con los registros correspondientes ,drive preventivo.
10	Se entregan los productos solicitados en los tiempos establecidos, así mismo el drive está al día con los registros correspondientes 415 citas asignadas aproximadamente
11	No se realiza emisión de respuestas para los requerimientos, se tiene establecido que la gestión es a través de drive, se da respuesta a las solicitudes diariamente de acuerdo a disponibilidad

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° 90198507	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/14	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*DUMAR DANIEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ* *PS_1466_2025_DF98A5* **DUMAR DANIEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ** **CC: 1022336654**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CARLOS JOSE FRANCO MARTIN* *PS_1466_2025_DF98A5* **CARLOS JOSE FRANCO MARTIN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1466_2025_DF98A5* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**