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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAMILO FERNANDO RODRIGUEZ OTALORA**			**CC:**	**1070305176**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAMILORODRIGUEZNR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124766146**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 8 39 129 CA 71**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**NU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**23929379**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4347 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.848.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/24**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

CAMILO FERNANDO RODRIGUEZ OTALORA
PS_4347_2025_BEB3AB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAMILO FERNANDO RODRIGUEZ OTALORA
CC: 1070305176
CEL: 3124766146

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			
CAMILO FERNANDO RODRIGUEZ OTALORA			
	CON C.C N°	**1.070.305.176**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4347 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/24**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.522.133	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 70.306.133	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.848.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS		

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	1. Contestación JABSELIDY TRIANA BALAGUERA 2. Audiencia JOHANA CUENU SINISTERRA 3. Recurso de Reposición - LINARES ACOSTA FLOR MARINA 4. Subsanación MARIA EMMA FULGA LOAIZA 5. Audiencia JASBLEYDY TRIANA 6. Contestación - IRINA DE CARNEB NARTUBEZ ARRIETA 7. Oficio - HENRY REYES PENAGOS 8. Contestacion - HELVER ERNESTO SOTO FORERO 9. Contestación - GLADYS YANET QUINTERO CUEVAS 10. Audiencia Pacto de cumplimiento - Jose Alejandro Cubillos Cherres 11. Oficio - Héctor Alfonso Muñoz 12. Contestación - Carlos Mauricio Velasquez 13. Llamamiento en Garantía.- Carlos Mauricio Velasquez
2	Se cargaron en SIPROJ Las siguientes actuaciones: 1. Contestación JABSELIDY TRIANA BALAGUERA 2. Audiencia JOHANA CUENU SINISTERRA 3. Recurso de Reposición - LINARES ACOSTA FLOR MARINA 4. Subsanación MARIA EMMA FULGA LOAIZA 5. Audiencia JASBLEYDY TRIANA 6. Contestación - IRINA DE CARNEB NARTUBEZ ARRIETA 7. Oficio - HENRY REYES PENAGOS 8. Contestacion - HELVER ERNESTO SOTO FORERO 9. Contestación - GLADYS YANET QUINTERO CUEVAS 10. Audiencia Pacto de cumplimiento - Jose Alejandro Cubillos Cherres 11. Oficio - Héctor Alfonso Muñoz 12. Contestación - Carlos Mauricio Velasquez 13. Llamamiento en Garantía.- Carlos Mauricio Velasquez
3	Se asesoró a la entidad en los siguientes asuntos: 1. Mediación FDS

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91587451	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2025/11/20	$ 41.518
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/20	$ 53.144
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/20	$ 8.091
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 102.753

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	*CAMILO FERNANDO RODRIGUEZ OTALORA* *PS_4347_2025_BEB3AB* **CAMILO FERNANDO RODRIGUEZ OTALORA** **CC: 1070305176**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS* *PS_4347_2025_BEB3AB* **DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**