

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)**

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

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 5959 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 2.672.026</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/07/17</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2025/11/30</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30</b>		



*WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO*  
*PS\_5959\_2025\_5843E0*

**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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5959 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/07/17</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.008.039	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 12.024.117	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.672.026
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
-------------------------------	--------------------------------

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

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 91316313	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/14	\$ 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			
<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO</i>  <i>PS_5959_2025_5843E0</i></p> <hr/> <p><b>WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO</b>  <b>CC: 79962083</b></p>		
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</i>  <i>PS_5959_2025_5843E0</i></p> <hr/> <p><b>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</b>  <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>		



