

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTHIAN CAMILO RODRIGUEZ MONTOYA		CC:	1019054129	
CORREO ELECTRÓNICO:	CAMILORODRIGUEZ-89@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3192359805	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B 59 31		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	378279657

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1039 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 22.158.960
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



CRISTHIAN CAMILO RODRIGUEZ MONTOYA  
PS\_1039\_2025\_F914CD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CRISTHIAN CAMILO RODRIGUEZ MONTOYA

CC: 1019054129

CEL: 3192359805

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**CRISTHIAN CAMILO RODRIGUEZ MONTOYA**

CON C.C N°

**1.019.054.129**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE 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 1039 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 88.635.840	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>240</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 210.417.790	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 22.158.960
-----------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------	---------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	ONCE (11) MESES
------------------------------------------------	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD LOS ALPES
------------------------------------------------------	---------------------------

<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	REALICE 240 HORAS EN EL MES DE NOVIEMBRE EN LAS CUALES REALICE 480 CONSULTAS
2	Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión
3	Se llevo acabo la atencion con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertenencia con estandaderes de habilitacion y acreditacion para el mes

**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° 91446792	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SURA	2025/11/13	\$ 989.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/13	\$ 1.345.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	\$ 192.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.527.800</b>

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 ibr 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**



*CRISTHIAN CAMILO RODRIGUEZ MONTOYA*

*PS\_1039\_2025\_F914CD*

**CRISTHIAN CAMILO RODRIGUEZ MONTOYA**

**CC: 1019054129**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA*

*PS\_1039\_2025\_F914CD*

**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**