

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO

PS_5959_2025_35445E

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:	\$ 17.368.169	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS
--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92126933	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/12	\$ 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_35445E</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>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA</i> <i>PS_5959_2025_35445E</i></p> <hr/> <p>GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79962063	WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO	Cll 52 sur 97 - 68	4751702	wilsonrroki@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
	2025-11	2025-11	12/12/2025	92126933	\$440.500
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2025-11	2025-11				
TOTAL A PAGAR					\$440.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000

Licencia Maternidad				Días Mora		Valor Mora		Valor Mora		Total a Pagar	
Valor		No. Autorización	Valor	Cotización		UPC		Fondo		Solidaridad	
0		0	0	0		0		0		178.000	
1											

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800

Aporte FSP - Subsidio		Aporte FSP - Solidaridad		Aporte Voluntario Aportante		Aporte Voluntario Afiliado		Cotización		Total a Pagar	
Valor		No. Autorización		Valor		No. Autorización		UPC		Fondo	
0		0		0		0		0		227.800	
1											

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700	1

Valor Mora Cotización		Valor Mora FSP		Valor Mora Cotización		Fondo		Total a Pagar	
Valor		No. Autorización		Valor		Solidaridad		Total a Pagar	
0		0		0		347		34.700	
1									

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	178.000	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700	34.700
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500	440.500

