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 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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY**			**CC:**	**74379421**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JOSEPUMA2009@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3195501868**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 59 94 B 69**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007100912414**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1515 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY

PS_1515_2025_28ADBA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY

CC: 74379421

CEL: 3195501868

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				
JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY				
		CON C.C N°	**74.379.421**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS EN AREAS ADMINISTRATIVAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1515 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.736.338	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ			

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	MANEJO GESTION DOCUMENTAL (AGIL SALUD), SEGUIMIENTO PARA DAR RESPUESTA A SOLICITUDES, SUBIR PLANTILLAS Y FINALIZAR EL PROCESO A ENTIDADES INTERNAS Y EXTERNAS
2	APOYO AL REGISTRO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACION MODULO DE TESORERIA
3	ARCHIVAR Y ORGANIZAR LA DOCUMENTACION DEL AREA DE TESORERIA EN CARPETA POR CLASE DE COCUMENTO AREA
4	PROCESO DE SCANER DE DOCUMENTACION DE BANCOS Y ENTIDADES PUBLICAS Y PROVEEDORES
5	PATINAJE E DOCUMENTACION PARA REALIZAR PROCESOS DE TESORERIA A LAS DIFERENTES AREAS ADMINISTRATIVAS.
6	REALIZAR RECIBOS DE CAJA Y CARTAS PARA SACAR CHEQUE DE GERENCIA PARA PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS Y RENDIMIENTOS FINANCIEROS.
7	REVISION DE CORREOS INSTITUCIONALES PARA DAR RESPUESTAS A AREAS INTERNAS Y EXTERNAS PUBLICAS Y PRIVADAS.
8	SE REALIZAN ACTIVIDADES COMFORME A LAS INSTRUCIONES INPARTIDAS POR LA SUPERVISORA DEL COONTRATO.

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° 91451925	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/11	$ 178.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/11	$ 228.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	$ 34.676
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 442.376

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	*JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY* *PS_1515_2025_28ADBA* **JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY** **CC: 74379421**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO* *PS_1515_2025_28ADBA* **MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1515_2025_28ADBA* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY
No. Identificación: CC74379421
Dirección: CARRERA 59 NO 94B - 69
Telefono: 3195501868
Correo: josepuma2009@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91451925

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC74379421	**Periodo de Cotización Salud**	noviembre de 2025
Número de planilla	91451925	**Periodo de Cotización Pensión**	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-12-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2112581	**Total Pagado**	442600
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	2100

PAGADA
91451925

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34900	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	228900	1
EPS002	Salud Total EPS	178800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 74379421
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información