

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JUAN STEVAN RODRIGUEZ HUERTAS | | CC: | 1000689203 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | JUANSrodriguez2025@gmail.com | | TELÉFONO: | 3232211939 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | DG 50 53A 18 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 008000823115 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5701 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 1.900.000 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/06/10 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/15 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31 | | |



JUAN STEVAN RODRIGUEZ HUERTAS
PS_5701_2025_233582

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUAN STEVAN RODRIGUEZ HUERTAS

CC: 1000689203

CEL: 3232211939

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JUAN STEVAN RODRIGUEZ HUERTAS

CON C.C N° 1.000.689.203

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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 5701 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/06/10 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 1.330.000 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 14.630.000 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 1.900.000 |
|---|---------------|--|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS: OCHO (8) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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)

| | | |
|-------------|----------|--|
| ITEM | 1 | 1. Se realizo el llamado en el orden del digiturno de los usuarios a la ventanilla de facturación. 2. Se verifico que las ordenes médicas y autorizaciones coincidan con lo autorizado por las EPS a la que se encuentra afiliado el usuario. 3. Se realizó la verificación del paquete administrativo en las diferentes paginas(comprobadores de derechos, adres, sisben, georeferenciador) el estado de afiliación de los pacientes a facturar. 4. Se verificó en el link de seguimiento de citas y facturas de paciente la frecuencia de los pacientes a facturar. 5. Se realizo la actualizacion de datos de pacientes en el momento de la generacion de factura y/o registro de servicios. 6. Se generaron las facturas y/o registros de servicios de los usuarios que una vez verificado el comprobador de derechos pertenecen a sisben categoria A o al proyecto gratuidad. 7. Luego de realizar la verificacion de la autorizacion y orden medica presentada por el usuario se generaron facturas y/o registros de servicios. 8. Realicé los recibos de caja correspondiente a los abonos a pagaré de los usuarios. 9. entregué de manera efectiva y honesta el dinero recaudado junto con sus respectivos soportes a la persona encargada del área de tesoreria. 10. Se realizó la entrega de las facturas soportadas para su revisión y posterior radicación en las diferentes ERP. 11. Se realizo la correccion de las novedades reportadas por la drive y/o correo electronico durante el periodo. 12. Asistió a las dos capacitaciones progamadas y las retroalimentaciones realizadas por los grupos del área. |
|-------------|----------|--|

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° 91573413 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/12/12 | \$ 179.200 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/12/12 | \$ 229.300 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/12/12 | \$ 35.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 443.500 |

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



JUAN STEVAN RODRIGUEZ HUERTAS

PS_5701_2025_233582

JUAN STEVAN RODRIGUEZ HUERTAS

CC: 1000689203

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_5701_2025_233582

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_5701_2025_233582

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO