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: (31-01-2026)					
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:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY
PS_1515_2025_53D9E8

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:	$ 37.408.364	**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	Revisar y dar seguimiento para dar respuesta a solicitudes, subir planillas y documentación y finalizar el proceso - Sistema de Información Agil Salud
2	Revisión de solicitudes para dar respuesta a todas las entidades internas y externas de la entidad del correo - Apoyo Tesorería - Sistema de Información y Archivo Electrónico
3	Proceso de scanner de documentación de bancos y entidades publicas - proveedores - Sistemas de Información y Archivo Electrónico
4	Se realizan actividades conforme a las instrucciones impartidas por la supervisión del contrato - Realizar recibos de caja - Realizar cartas para solicitud cheque de gerencia, para servicios públicos - Impuestos-AFC descuentos de nomina - Rendimientos Financieros - Sistemas de Información y Archivo Electrónico
5	consultar en el modulo de tesorería, conforme a indicaciones e instrucciones impartidas por la supervisora del contrato y/o Referente de Tesorería - Dinámica Gerencial
6	Patinaje de documentos para procesos de tesorería a las diferentes areas administrativas.
7	Archivar y Organizar la documentación del área de Tesorería en carpetas por clase de documento y área - Soporte Físico de Comprobantes de Egreso y documentos bancos
8	Control de los egresos y recolección de firmas para entregar a presupuesto

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92352407	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	0206/01/07	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	0206/01/07	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	0206/01/07	$ 34.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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 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_53D9E8* **JOSE LUIS RODRIGUEZ MONROY** **CC: 74379421**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO* *PS_1515_2025_53D9E8* **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_53D9E8* **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: 92352407

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**	diciembre de 2025
Número de planilla	92352407	**Periodo de Cotización Pensión**	diciembre de 2025
Fecha pago	2026-01-07	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2130084	**Total Pagado**	440500
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	227800	1
EPS002	Salud Total EPS	178000	1

92352407

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