

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTIAN DUVAN RODRIGUEZ BENAVIDES			CC:	1021667709
CORREO ELECTRÓNICO:	rodriguezbenavidescristianduva@gmail.com			TELÉFONO:	3002230155
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 22 a sur #2-31			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	23354501571
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6190 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.900.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 CRISTIAN DUVAN RODRIGUEZ BENAVIDES PS_6190_2025_03F58B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTIAN DUVAN RODRIGUEZ BENAVIDES CC: 1021667709 CEL: 3002230155					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CRISTIAN DUVAN RODRIGUEZ BENAVIDES

CON C.C N°1.021.667.709

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6190 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/15
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.076.667	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.476.667	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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	1. Se realizó el llamado del paciente a ventanilla, de acuerdo con la organización y el digiturno entregado por el orientador. 2. Se verificaron las órdenes médicas y la autorización física presentadas por el paciente para su atención por consulta externa, conforme al acuerdo de voluntades y la normatividad vigente. 3. Se verificaron los derechos del paciente frente a la seguridad social o afiliación del usuario y se adjuntaron a la carpeta de requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos. 4. Se revisaron y validaron los servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario y género, conforme al acuerdo de voluntades y la normatividad vigente. 5. Se actualizaron los datos personales del usuario y los datos del acudiente en el sistema de información. 6. Se realizó la facturación de los pacientes que no requirieron cancelar copagos o cuotas de recuperación, de manera previa a la atención médica, con el fin de disminuir filas en las salas de espera. 7. Se generó la factura electrónica de venta o el registro de servicios en el sistema de información DGH, soportándola con la documentación presentada por el usuario, conforme al acuerdo de voluntades y la normatividad vigente. 8. Se recepcionó el dinero, se generó el recibo de caja y se entregó copia al usuario, de acuerdo con la atención prestada al paciente y la normatividad vigente. 9. Se recibieron e ingresaron los abonos realizados por los usuarios o pacientes en concepto de pagarés. 10. Se realizó el cierre de caja, el arqueo y la entrega de los soportes respectivos, conforme al instructivo del área de Tesorería. 11. Se entregaron diariamente las facturas generadas, debidamente soportadas y organizadas, de acuerdo con los instructivos y/o procedimientos del área. 12. Se corrigieron, dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones realizadas por el analista de cuentas. 13. Se brindó el apoyo necesario y se ejecutaron planes de contingencia cuando no se contó con el sistema de información y/o bases de datos afines. 14. Se recepcionaron, distribuyeron y se realizó seguimiento a las prefacturas enviadas al proceso de revisión de los servicios de urgencias y hospitalización. 15. Se mantuvo actualización permanente frente a la normatividad vigente del SGSSS y se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 16. Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor del contrato. 17. Se participó en todas las reuniones y capacitaciones programadas por la Subred. 18. Se realizó acompañamiento y capacitación al talento humano, según designación. 19. Con la firma del contrato, el contratista aceptó que, en caso de presentarse alguna diferencia o faltante en el dinero recaudado en ventanilla al momento de su entrega, dicho valor sería descontado de los honorarios certificados en el mes correspondiente al faltante.

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° 7998197818	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2026/06/01	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/01	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/01	\$ 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	 CRISTIAN DUVAN RODRIGUEZ BENAVIDES PS_6190_2025_03F58B CRISTIAN DUVAN RODRIGUEZ BENAVIDES CC: 1021667709
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_6190_2025_03F58B 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_6190_2025_03F58B ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1021667709
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CRISTIAN DUVAN RODRIGUEZ BENAVIDES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 22 A SUR # 2-31	TELÉFONO: 3186412
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7998197818	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2062223825

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800
SUBTOTAL:			1	\$ 227.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 178.000
SUBTOTAL:			1	\$ 178.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 34.700
SUBTOTAL:			1	\$ 34.700

VALOR SIN MORA:	\$ 440.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 440.500