

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ			CC:	80812736
CORREO ELECTRÓNICO:	EDWINRODRI2@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3503347030
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 ESTE 55 04 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400364512
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2117 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.873.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31				
<div><div>EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ PS_2117_2026_D1B7DA</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ CC: 80812736 CEL: 3503347030</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ

CON C.C N°80.812.736

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III 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 2117 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.492.400	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.492.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ

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	Presto mi servicio y ejecuto las actividades que demanda el servicio, guiada por la normatividad del sistema.
2	Asignacion de citas de programas de PYD
3	Administrar las agendas de la USS Primero de mayo en cuanto a los bloqueos y aperturas
4	Apoyo administrativo del lider de la USS Primero de mayo
5	Anulacion de facturas diarias por inasistencias, canceladas y/o inatenciones
6	Revision de rips y consultas diarias
7	Elaboracion de informes mensuales estadisticos de la USS Primero de mayo y carcel distrital
8	Asignacion de citas según especialidad
9	Reprogramacion de agendas de los profesionales de la USS primero de mayo según motivo eventual que se presente
10	creacion de casos de mesa de ayuda según requerimiento
11	pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes Parafiscales

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 56870172	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/03/11	\$ 219.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/03/11	\$ 280.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/11	\$ 42.800
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 542.300
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	<div><div>EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ</div><div>PS_2117_2026_D1B7DA</div><div>EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ</div><div>CC: 80812736</div></div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ELIZABETH COY JIMENEZ</div><div>PS_2117_2026_D1B7DA</div><div>ELIZABETH COY JIMENEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>	