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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**RUBEN DARIO SAAVEDRA RINCON**			**CC:**	**79901634**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DARIOS634@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3177097104**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 88D BIS 69 40 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488440923123**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2944 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

RUBEN DARIO SAAVEDRA RINCON
PS_2944_2026_44EA0A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
RUBEN DARIO SAAVEDRA RINCON
CC: 79901634
CEL: 3177097104

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			
RUBEN DARIO SAAVEDRA RINCON			
	CON C.C N°	**79.901.634**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION -TIC- DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2944 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.375.760	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN		

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	Durante el mes de abril de 2026, se realizó la revisión, análisis y ajuste de la documentación y políticas institucionales en materia de protección de datos personales, seguridad digital y privacidad de la información. Como resultado, se consolidaron observaciones y se propusieron/implementaron actualizaciones para asegurar su alineación con los planes estratégicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y con la normatividad vigente, fortaleciendo los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) y asegurando la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.
2	Durante el mes de abril de 2026, se realizó seguimiento a la implementación de los controles de seguridad y privacidad de la información en la entidad, verificando avances, responsables y evidencias de ejecución, de acuerdo con los planes institucionales vigentes de Seguridad Digital y de Seguridad y Privacidad de la Información. Como resultado, se identificaron acciones pendientes y se emitieron recomendaciones para asegurar el cumplimiento de los lineamientos definidos.
3	Durante el mes de abril de 2026, se ejecutaron las actividades definidas en el Plan de Sensibilización y Comunicaciones de Seguridad y Privacidad de la Información, orientadas a fortalecer la cultura de seguridad en la entidad. En este marco, se gestionó y coordinó una jornada de capacitación con la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) sobre tratamiento y protección de datos personales, y se identificaron necesidades de refuerzo y nuevos temas a incluir, proponiendo ajustes y/o planes complementarios de sensibilización para su implementación en los meses siguientes.
4	Durante el mes de abril de 2026, se gestionó el cumplimiento de las actividades orientadas a mantener el nivel optimizado de los dominios del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) y del Programa Integral de Gestión de Datos Personales de la entidad.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8641141336	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	ADRES	2026/04/30	$ 279.693
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/30	$ 358.008
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/30	$ 54.506
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.207

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	*RUBEN DARIO SAAVEDRA RINCON* *PS_2944_2026_44EA0A* **RUBEN DARIO SAAVEDRA RINCON** **CC: 79901634**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN* *PS_2944_2026_44EA0A* **JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**