

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
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 2026/04/01 AL 2026/04/30				
<div><div>EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ PS_2117_2026_72EC2B</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	DIGITAR OPORTUNAMENTE LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS) GENERADOS EN LAS CONSULTAS CUANDO SEA REQUERIDO.			
3	UNIFICAR LOS INFORMES DIARIOS Y MENSUALES DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA UNIDAD			
4	APOYAR LA CONSOLIDACION MENSUAL DE ESTADISTICAS Y SUMINISTRAS OPORTUNAMENTE LA INFORMACION REQUERIDA POR LA SUBRED, DE CONFORMIDAD CON LA NECESIDAD DEL SERVICIO			
5	REALIZAR LA APERTURA DE AGENDA EN LA ENTIDAD Y GESTION DEL MODULO CITAS MEDICAS DENTRO DE SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES			
6	Apoyo administrativo del lider de la USS Primero de mayo			
7	Anulacion de facturas diarias por inasistencias, canceladas y/o inatenciones			
8	Elaboracion de informes mensuales estadisticos de la USS Primero de mayo y carcel distrital			
9	Asignacion de citas según espectralidad			
10	Reprogramacion de agendas de los profesionales de la USS primero de mayo según motivo eventual que se presente			
11	creacion de casos de mesa de ayuda según requerimiento			
12	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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 70771978	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/13	\$ 218.900	

PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/04/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/13	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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_72EC2B</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_72EC2B</div><div>ELIZABETH COY JIMENEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		