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:	**YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ**			**CC:**	**80069351**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YESHERNANDO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3027184599**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 6 SUR 8 34 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488434819220**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1829 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.713.100**
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**				

YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ
PS_1829_2026_6B3E23

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ
CC: 80069351
CEL: 3027184599

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			
YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ			
	CON C.C N°	**80.069.351**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER CORRESPONDENCIA CON MOTO 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 1829 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.852.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.852.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.713.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	Realicé recorrido en los 19 puntos de atención recepcionando las facturas gneradas a entidad entregandolas a la personas encargada de realizar el proceso de revisión y armado de servicios ambulatorios Recibí por parte de la persona encargada las relaciones de envío para ser presentadas a las diferentes ERP Realicé el desplazamiento y radicación de las relaciones de envío cumpliendo con las fechas de radicación a las diferentes ERP Radiqué e hice seguimiento de los documentos recibidos para trámite de firmas en las diferentes dependencias de la Subred (correspondencia, dirección financiera subgerencia corporativa, contratacion, gerencia) para su respectivo tramite y radicación de los mismos Una vez completado el trámite de firmas de las diferentes cuentas fueron radicadas en la SDS Recibí una capacitación por parte del lider del proceso de armado de cuentas en cuanto a la radicación de las facturas

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° 1080372631	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/10	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.100

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	*YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ* *PS_1829_2026_6B3E23* **YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ** **CC: 80069351**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1829_2026_6B3E23* **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_1829_2026_6B3E23* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**