

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ		CC:	79964310	
CORREO ELECTRÓNICO:	RODGONALE27@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3108146925	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 53A 22 03 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24049338092

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2960 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.593.940
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ  
PS\_2960\_2026\_BB5BD3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ

CC: 79964310

CEL: 3108146925

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ**

**CON C.C N°**

**79.964.310**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2960 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/03</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 22.375.760	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 22.375.760	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.593.940
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO ( 4 ) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LUIS FERNANDO JOYA JOYA

**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 APOYA EN LAS ASESORIAS JURIDICAS A LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO, EN LOS TEMAS RELACIONADOS CON SENTENCIAS JUDICIALES Y LOS DIFERENTES ASUNTOS DEL PROCESO EN COORDINACION CON LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO  |
| 2 | 2. SE BRINDA ASESORIA JURIDICA EN LOS TEMAS DE LIQUIDACION DE SENTENCIAS JUDICIALES Y SE ARTICULA CON LAS AREAS INVOLUCRADAS, LAS ESTRATEGIAS DE EVALUACION DE LOS SUBPROCESOS TRANSVERSALES DE ADMINISTRACION DE LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO SEGUN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. |
| 3 | 3. SE DA CUMPLIMIENTO CON LOS TIEMPOS INTERNOS DE LA SUBRED PARA LA LIQUIDACION DE LAS SENTENCIA JUDICIALES   |
| 4 | 4. SE ASISTE A LAS REUNIONES PROGRAMADAS DESDE LA DIRECCION RESPECTO AL TERMA DE PAGO DE SENTENCIAS   |

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 83771865	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2026/05/19	\$ 282.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/19	\$ 361.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/19	\$ 55.200
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 699.000</b>

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 ibr 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**



*ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ*

*PS\_2960\_2026\_BB5BD3*

**ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ**

**CC: 79964310**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*LUIS FERNANDO JOYA JOYA*

*PS\_2960\_2026\_BB5BD3*

**LUIS FERNANDO JOYA JOYA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79964310	ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ		CALLE 77 B 129 70	11111111	rodgonale27@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83771865	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$699.000	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	279.700	0		0		0	13	2.600	0	282.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	358.100	0	0	0	0	13	3.400	0	361.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	54.600				54.600	13	600	55.200			546	55.200	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	13	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	13	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	279.700	282.300
Pensión	1	358.100	361.500
Riesgos Laborales	1	54.600	55.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>692.400</b>	<b>699.000</b>





Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

**Ejecución del Contrato**

Porcentaje  Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

**Id de pago    Número de factura    Fecha de emisión    Fecha de recepción    Valor total de la factura    Estado**

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1 PS 2960 2026 CRP -10442.pdf	1 PS 2960 2026 CRP -10442.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_1018_2026_FEBRERO_ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ.pdf	PS_1018_2026_FEBRERO_ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_1018_2026_MARZO_ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ.pdf	PS_1018_2026_MARZO_ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_2960_2026_ABRIL_ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ.pdf	PS_2960_2026_ABRIL_ALEJANDRO RODRIGUEZ GONZALEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 2960 2026 27-05-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2960 2026 27-05-2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar    Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >