

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA		CC:	79903816
CORREO ELECTRÓNICO:	LUISARMANDORODRIGUEZPINILLA@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3044826645
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 88 H SUR 8 B 87 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 008400766336

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3038 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.191.160
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA
PS_3038_2026_9F1AB1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA

CC: 79903816

CEL: 3044826645

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

LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA

CON C.C N°

79.903.816

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3038 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.764.640	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.955.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.191.160
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	------------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
-------------------------------	--

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 | Se Generan los Reportes de Inventarios Valorizados para la revisión de los saldos de inventario de cada una de las unidades en Dinamica Gerencia |
| 2 | Se Generan informe movimientos de inventario en el sistema de información Dinámica Gerencial, Analizando el seguimiento de entregas realizadas por parte de cada uno de los proveedores. 3 Se crean los Productos Nuevos de Material Medico Quirurgico,Osteosintesis,Papeleria y demas Grupos. |
| 3 | Se crea la Matriz base de pedidos para el mes correspondiente y a su vez se envía a cada uno de los almacenes para ser diligenciada y consolidada |
| 4 | Revisión de Contratos en el aplicativo Secop II. Ingresar la información del registró presupuestal, Verificar Aprobación de las pólizas, Elaborar acta de Inicio para firma de las partes, Activar el Contrato en el aplicativo Secop II. |
| 5 | Realizar seguimiento de ejecución de los diferentes contratos, Solicitar envío de pedido mensual, Realizar seguimiento a las entregas de los pedidos por proveedor (Aplicativo Dinámica - Diario), Informar y solicitar al proveedor la entrega de pendientes, Realizar seguimiento a la entrega de valores agregados |
| 6 | Proyectar Adiciones y prorrogas de acuerdo a los parámetros de presupuesto contratación, Realizar la(s) modificación y/o correcciones solicitadas por el área de contratación, Proyectar saldos actuales mensuales por contrato para el envío de pedidos mes a mes. |
| 7 | Conciliar con el proveedor los saldos del contrato en diferentes meses (trimestral) para validar su ejecución, Solicitar aclaración de facturas, correcciones, notas contables cuando sea necesario, Subir al Secop II la diferente documentación por cada contrato. |
| 8 | Atender las solicitudes, aclaraciones del proveedor, (incremento de precios, exclusión, etc.), y requerirlo |
| 9 | Garantizar el adecuado manejo. archivo físico de todos los documentos que se sean relevantes durante la ejecución del contrato. |
| 10 | Se revisa las ordenes de compra para realizar los pedidos correspondientes al mes |
| 11 | Se envían a los Proveedores las Solicitudes de pedidos consolidadas Por correo Electrónico. |
| 12 | Se realiza Kardex y Seguimiento de los Ingresos y Movimientos realizados en Dinamica Gerencial por cada uno de los almacenes. |
| 13 | Se da respuesta oportuna a las solicitudes internas y externas ya sea por llamada telefónica o por medio de correos electrónicos. |
| 14 | Se realiza Seguimiento a los procesos como invitaciones a cotizar, órdenes de compra y convocatoria pública con el fin de Organizar con cada uno de los supervisores las solicitudes. |
| 15 | Se realiza llamada a los proveedores para Garantizar las solicitudes de entrega de pedidos y solicitudes Urgentes de insumos. |
| 16 | Se apoya a los almacenes en el cargue de Remisiones, comprobantes de entrada |
| 17 | Se realizan ordenes de despachos en Dinamica Gerencial, según solicitudes realizadas por las diferentes áreas y/o servicios |
| 18 | Se realiza inventarios aleatorios de insumos y elementos con el fin de garantizar existencias contra físico. |
| 19 | Se realiza apoyo en la revisión de cuentas de cobro entregadas por el personal de OPS de almacenes. |
| 20 | e Realiza entrega de informe mensual de sus actividades al supervisor del contrato para certificación en el cumplimiento de las mismas. |

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


No. DE PLANILLA:	N° 83098511	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/05/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/13	\$ 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	 <p><i>LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA</i> <i>PS_3038_2026_9F1ABI</i></p> <hr/> <p>LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA CC: 79903816</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ</i> <i>PS_3038_2026_9F1ABI</i></p> <hr/> <p>JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</i> <i>PS_3038_2026_9F1ABI</i></p> <hr/> <p>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79903816	LUIS ARMANDO RODRIGUEZ PINILLA		CALLE 88H SUR N 8B-87- ESTE	7905120	luisarmandorodriguezpinilla@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
		83098511	13/05/2026	1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$605.000	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	60.400		0		0	6	1.000	300	280.600	2

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	280.200	0	0	0	0	6	1.300	0	281.500	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	6	200	42.900			427	42.900	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
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	279.300	280.600
Pensión	1	280.200	281.500
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	602.200	605.000

