

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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					
N° 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:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ PS_1829_2026_2E476C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ CC: 80069351 CEL: 3027184599					

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:	\$16.278.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$2.713.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1081990752	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/09	\$218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/09	\$280.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/09	\$0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$499.200

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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_2E476C

YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ

CC: 80069351

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_1829_2026_2E476C

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_2E476C

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO