

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA			CC:	1014249202
CORREO ELECTRÓNICO:	krrb29@gmail.com			TELÉFONO:	3214539908
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 55 76 55			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	484900019403
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3959 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.500.024	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA PS_3959_2026_6FB3B6 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA CC: 1014249202 CEL: 3214539908					

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

KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA

CON C.C N°

1.014.249.202

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3959 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/04
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.000.022	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.766.374	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	1. Realice consultas de valoración integral según frecuencia de uso
2	2. Realice consultas resolutivas, de crónicos y de gestantes
3	3. Realice diligenciamiento oportuno y con calidad de los diferentes aplicativos DINAMICA, GTAPS, SIAPS.
4	4. Realice diligenciamiento oportuno y con calidad de los diferentes aplicativos DINAMICA, GTAPS, SIAPS, en los tiempos estipulados.
5	5. Realice atención a PQRS
6	6. Participe en las reuniones programadas
7	7. Participe en el comité general
8	8. Participe en las asistencias técnicas del ministerio de manera virtual, y entregué actas sobre las mismas.
9	9. Participe en loas seguimientos semanales realizados por líder del perfil y de localidad.

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° 92017230	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/16	\$ 550.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/16	\$ 704.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/16	\$ 107.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.361.200

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, pensión, 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



KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA

PS_3959_2026_6FB3B6

KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA

CC: 1014249202

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



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_3959_2026_6FB3B6

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO