

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SEYDI LORENA RODRIGUEZ RAMIREZ			CC:	1000988636
CORREO ELECTRÓNICO:	SEIDYRODRIGUEZ833@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3228892570
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 43 15 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66941883061
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1754 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.328.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 SEYDI LORENA RODRIGUEZ RAMIREZ PS_1754_2026_ADFDA0 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SEYDI LORENA RODRIGUEZ RAMIREZ CC: 1000988636 CEL: 3228892570					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
SEYDI LORENA RODRIGUEZ RAMIREZ				
CON C.C N°		1.000.988.636		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I 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 1754 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.312.480	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.968.720	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
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	Realice verificación que las ordenes médicas y autorizaciones coincidan con lo autorizado por las EPS a la que se encuentra afiliado el usuario Realice la verificación del paquete administrativo en las diferentes paginas(comprobadores de derechos, adres, sisben, georeferenciador) el estado de afiliación de los pacientes a facturar Realice verificación en el link de seguimiento de citas y facturas de paciente la frecuencia de los pacientes a facturar Realice la actualización de datos de pacientes en el momento de la generación de factura y/o registro de servicios Realice la generación de las facturas y/o registros de servicios de los usuarios que una vez verificado el comprobador de derechos pertenecen a sisben categoría A o al proyecto gratuidad Luego de realizar la verificación de la autorización y orden médica presentada por el usuario se generaron facturas y/o registros de servicios Realice el llamado en el orden del digiturno de los usuarios a la ventanilla de facturación Realice la verificación y generación de los recibos de caja de los pacientes a los que aplica copago según la normatividad Realicé los recibos de caja correspondiente a los abonos a pagaré de los usuarios Realice las demás actividades solicitadas por el líder encargado Realice entrega del dinero recaudado junto con sus respectivos soportes a la persona encargada del área de tesorería Realice la entrega de las facturas soportadas para su revisión y posterior radicación en las diferentes ERP Realice la corrección de las novedades reportadas por la drive y/o correo electrónico durante el periodo Realice plan de contingencia en los momentos de lentitud o caída del sistema de información se asistió a las dos capacitaciones programadas y las retroalimentaciones realizadas por los grupos del área			
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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 86247953	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	

SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/15	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/15	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/15	\$ 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 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	 SEYDI LORENA RODRIGUEZ RAMIREZ PS_1754_2026_ADFDA0 SEYDI LORENA RODRIGUEZ RAMIREZ CC: 1000988636		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_1754_2026_ADFDA0 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_1754_2026_ADFDA0 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-07-15, 08:50:33 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2026
Empresa	SEIDY LORENA RODRIGUEZ RAMIREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1000988636
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8909917487 / 86247953
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	86247953
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 544.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 1.500
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 218.900	\$ 1.200
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 42.700	\$ 300
SubTotales:				\$ 541.800	\$ 3.000
Total a Pagar:					\$ 544.800





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evalua

2 [Condiciones](#)

VER CONTRATO

3 [Bienes y servicios](#)

Ejecución del Contrato

4 [Documentos del Proveedor](#)

☐

Porcentaje

☐

Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

Plan de Pagos

6 [Información presupuestal](#)

7 **Ejecución del Contrato**

¿Se requieren emisiones de
 códigos de autorización?

☐

Sí

☒

No

8 [Modificaciones del Contrato](#)

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

9 [Incumplimientos](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1754 2026 CRP -9911.pdf	1 PS 1754 2026 CRP -9911.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1754 2026 CRP -15961.PDF	2 PS 1754 2026 CRP -15961.PDF	Comprador	Descargar	Detalle



PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO
JUNIO 2026.pdf

PS 1754 2026 CUENTA DE COBRO
JUNIO 2026.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS**INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO**

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1000988636	RODRIGUEZ	RAMIREZ	SEYDI	LORENA	2026-05	Salud Total	COTIZANTE
CC	1000988636	RODRIGUEZ	RAMIREZ	SEYDI	LORENA	2024-05	Capital Salud	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Salud Total	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5	44 Registros en 5 Páginas			

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo

ADRES**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud****Sede**

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16
Centro Empresarial Elemento
Código Postal 111071
Bogotá, D.C.

Atención presencial**Piso 16**

Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Piso 10

Radicación de documentos y correspondencia física.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atención telefónica

Línea de atención telefónica en Bogotá PBX +57 601 432 27 60