SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS**			**CC:**	**1000623547**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LINDAJINETHRODRIGUEZROJAS1512@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3153162335**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DIAGONAL 44 N° 1B - 17 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488434840556**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1424 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS
PS_1424_2026_DD3B74

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS
CC: 1000623547
CEL: 3153162335

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS			
	CON C.C N°	**1.000.623.547**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1424 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO		

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. Colaborar en la organización y coordinación de las actividades propias del proceso. 2. Llenar correctamente los formatos o herramientas correspondientes a sus funciones, asegurando que la información sea legible, oportuna y completa. 3. apoyar a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 4. Elaborar informes, presentaciones, actas, archivos, y demás documentos solicitados por el superior a su cargo. 5. participar en las capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 6. conocer y hacer cumplir los procedimientos, guías, manuales, protocolos establecidos por la entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 7. Colaborar en la construcción y revisión periódica de los manuales de normas, procedimientos y protocolos asistenciales del área. 8. realizar supervisión de los contratos para los que sea elegido. 9. Brindar acompañamiento para el logro de los objetivos asistenciales definidos, promoviendo el uso adecuado de los recursos con criterios de equidad, accesibilidad y eficiencia. 10. participar en la organización y realización de sensibilizaciones y sesiones educativas realizadas en el servicio. 11. mantener la discreción de la información. 12. informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 13. Participar a las reuniones convocadas por la institución. 14. Garantizar que la atención brindada a cada usuario sea humana, efectiva y con trato de calidad. 15. Revisar periódicamente y mantener actualizada la bandeja de correo institucional, asegurando una gestión oportuna y efectiva de las comunicaciones recibidas y enviadas 16. ser responsable de los materiales y equipos proporcionados para la realización de las actividades asignadas. 17. recibir y entregar turnos y novedades de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.

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° 1083552227	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 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	*LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS* *PS_1424_2026_DD3B74* **LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS** **CC: 1000623547**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1424_2026_DD3B74* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE EDUARDO CARO CARO* *PS_1424_2026_DD3B74* **JORGE EDUARDO CARO CARO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-07-10, 10:20:55 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2026
Empresa	LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1000623547
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1083552227
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	469187508
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 567.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 218.900	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 42.700	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 25.600	$ 0

SubTotales:	$ 567.400	$ 0
Total a Pagar:		$ 567.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

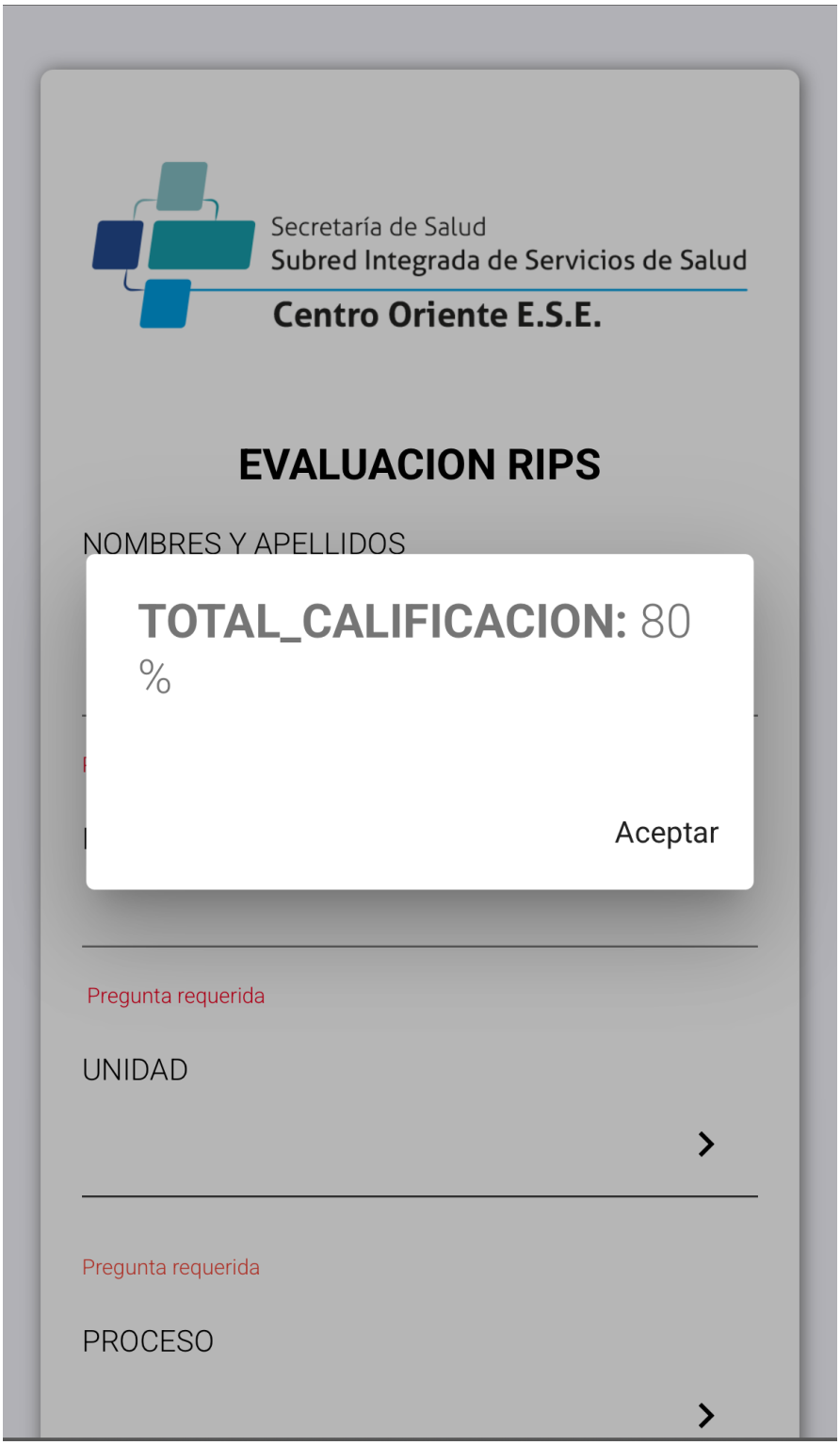
Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	19.146.960,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	19.146.960,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	19.146.960,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1424 2026 CRP -8686.pdf	1 PS 1424 2026 CRP -8686.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1424 2026 CRP -15718.PDF	2 PS 1424 2026 CRP -15718.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo


Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
EVALUACION RIPS
NOMBRES Y APELLIDOS
TOTAL_CALIFICACION: 80 %
Aceptar
Pregunta requerida
UNIDAD
Pregunta requerida
PROCESO