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 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: (31-08-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO** | | | **CC:** | **79962083** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **APOYOCALLCENTER@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO** | | | **TELÉFONO:** | **3103282506** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 52 SUR 97 68 IN 3 APTO 303** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO AV VILLAS** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **096766287** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2175 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.873.100** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/08/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO*
*PS_2175_2026_84D2F5*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO**
**CC: 79962083**
**CEL: 3103282506**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **79.962.083** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2175 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 11.492.400 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 20.111.700 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.873.100 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SIETE (7) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se realizan monitoreo permanente a las agendas médicas de las unidades Samper Mendoza, San Blas, Santa Clara y Candelaria garantizando el cumplimiento de la programación y disponibilidad de turnos para la atención de los usuarios. |
| 2 | Creación y habilitación de las agendas de las unidades de San Blas, Santa Clara, Samper Mendoza y Candelaria para la creación de turnos en Dinámica Gerencial, adicionalmente se realiza la habilitación de agendas de acuerdo a oportunidad y disponibilidad, o bajo supervisión de la dirección. |
| 3 | Elaboración de informes de acuerdo a la necesidad de la dirección de servicios ambulatorios. |
| 4 | Realizar informe y seguimiento de citas mal asignadas por frecuencia de uso, mala asignación por edad y/o servicio |
| 5 | Gestión y cruce de información de bases para generación de informes |
| 6 | Al inicio de cada mes, se elaboró un informe detallado sobre el portafolio de servicios disponibles en la Subred Centro Oriente, incluyendo la cantidad de cupos ofertados en consultorios básicos y especializados. |
| 7 | Se realizó la asignación de citas médicas de anestesia, fisiatría y otras especialidades del Hospital Santa Clara, según reporte y necesidad de la unidad. |
| 8 | Encuestas de seguimiento a incumplimiento de citas médicas de acuerdo a muestra suministrada. |

**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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 8394166444 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 2026/08/11 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/08/11 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/08/11 | $ 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** | *WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO*<br>*PS_2175_2026_84D2F5*<br>**WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO**<br>**CC: 79962083** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA*<br>*PS_2175_2026_84D2F5*<br>**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO
**No. Identificación:** CC79962083
**Dirección:** CLL 52 SUR 97 - 68
**Telefono:** 4751702
**Correo:** wilsonrroki@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8394166444

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO |
| **Tipo y número de identificación** | CC79962083 |
| **Número de planilla** | 8394166444 |
| **Fecha pago** | 2026-08-11 |
| **Número de autorización pago** | 94166444 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 541800 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 42700 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 280200 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 218900 | 1 |

8394166444

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79962083
APELLIDOS Y NOMBRES: WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230201 | 1750905 | 1750905 | 1750905 | 0 | 218900 | 0 | 280200 | 0 | 42700 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información