**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:** | **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:** | | | **2026/08/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS*
*PS_1424_2026_A995E4*

**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**<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** | | | |
| **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:** | $ 22.338.120 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.191.160 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SIETE (7) 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.<br>2. Llenar correctamente los formatos o herramientas correspondientes a sus funciones, asegurando que la información sea legible, oportuna y completa.<br>3. apoyar a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.<br>4. Elaborar informes, presentaciones, actas, archivos, y demás documentos solicitados por el superior a su cargo.<br>5. participar en las capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.<br>6. conocer y hacer cumplir los procedimientos, guías, manuales, protocolos establecidos por la entidad, además de apoyar la implementación de los mismos.<br>7. Colaborar en la construcción y revisión periódica de los manuales de normas, procedimientos y protocolos asistenciales del área.<br>8. realizar supervisión de los contratos para los que sea elegido.<br>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.<br>10. participar en la organización y realización de sensibilizaciones y sesiones educativas realizadas en el servicio.<br>11. mantener la discreción de la información.<br>12. informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.<br>13. Participar a las reuniones convocadas por la institución.<br>14. Garantizar que la atención brindada a cada usuario sea humana, efectiva y con trato de calidad.<br>15. Revisar periódicamente y mantener actualizada la bandeja de correo institucional, asegurando una gestión oportuna y efectiva de las comunicaciones recibidas y enviadas<br>16. ser responsable de los materiales y equipos proporcionados para la realización de las actividades asignadas.<br>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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 1084338724 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2026/08/12 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/08/12 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/08/12 | $ 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*<br>*PS_1424_2026_A995E4*<br>**LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS**<br>**CC: 1000623547** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1424_2026_A995E4*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *JORGE EDUARDO CARO CARO*<br>*PS_1424_2026_A995E4*<br>**JORGE EDUARDO CARO CARO**<br>**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** | 2026-08-12, 07:32:17 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | julio de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2026 |
| **Empresa** | LINDA JINETH RODRIGUEZ ROJAS |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1000623547 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1084338724 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 560096219 |
| **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 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 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: 606 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!

## Plan de Pagos

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor neto de la factura | Valor total de la factura | Valor a pagar | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | | | |

## Balance de pagos y Balance de entregas

| | | % del valor del contrato | % del valor amortizado |
|---|---|---|---|
| **Valor total contrato:** | 22.338.120,00 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:** | 22.338.120,00 COP | 100% | - |
| **Valor pendiente de entrega:** | 22.338.120,00 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 |
| ☐ | 6. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | 6. PS 1424 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo