



RAZÓN SOCIAL :	ROSA HELENA RODRIGUEZ PENA
IDENTIFICACIÓN:	CC-52072421
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-08-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-08-06
FECHA DE PAGO:	2026-08-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-07
PERÍODO SALUD:	2026-07
NÚMERO PLANILLA:	38135557
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38135557
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSA SALUD EPS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 2.500	\$ 218.900	\$ 221.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 3.200	\$ 280.200	\$ 283.400
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 500	\$ 42.700	\$ 43.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 6.200	\$ 541.800	\$ 548.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/09/2026
----------------------------------	------------

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA			CC:	52072421
CORREO ELECTRÓNICO:	RHELENA72@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3203409992
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 39 SUR 72Q 22			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000570110544
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2006 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.723.720	
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				
<div><div><div>ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA PS_2006_2026_5187B8</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA CC: 52072421 CEL: 3203409992</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA				
CON C.C N°		52.072.421		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ODONTOLOGO 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 2006 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.894.880	No. HORAS EJECUTADAS	186	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 26.066.040	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.723.720	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN		
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	REALIZAR 4 ACTIVIDADES POR HORA O 3 SESIONES POR HORA ENMARCADAS DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.			
2	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE			
3	APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICITEN Y QUE CORRESPONDAN AL OBJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES.			
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE			
5	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.			
6	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIOS (CAPS).			
7	APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.8.REALIZAR DE MANERA OPORTUNA Y EFICAZ LAS FUNCIONES ESPECIFICAS MENCIONADAS CON EL OBJETIVO DE GARANTIZAR LA ADECUADA ATENCION DE PACIENTES DE UNA MANERA EFICIENTE Y ALTAMENTE HUMANIZADA, APOYANDO Y GESTIONANDO DE MANERA CONSTANTE EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS SUBREDES EN EL MODELO DE ATENCION, EN LAS 4 SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTA., COMO APOYO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO 692 DE 2019.			
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° 38135557	OPERADOR:	ASOPAGOS	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2026/08/21	\$ 221.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/21	\$ 283.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/21	\$ 43.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 548.000
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 calculó 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	<div><div><div>ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA</div><div>PS_2006_2026_5187B8</div></div><div>ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA</div><div>CC: 52072421</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div><div>CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN</div><div>PS_2006_2026_5187B8</div></div><div>CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		