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:	**KAREN LILIANA REY RODRIGUEZ**			**CC:**	**1000163729**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KAREN361RODRIGUEZ.KR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3215324642**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 77 SUR 81 80 TO 13 AP 204**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488420316165**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2118 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
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**				

KAREN LILIANA REY RODRIGUEZ
PS_2118_2026_986032

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN LILIANA REY RODRIGUEZ
CC: 1000163729
CEL: 3215324642

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			
KAREN LILIANA REY RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.000.163.729**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II 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 2118 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.712.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.996.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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	01. Entrega de insumos de bioseguridad: Se realizó la entrega de insumos de bioseguridad al personal de la Unidad de Servicios de Salud, dejando soporte en el kardex de entrega de insumos del almacén.
2	02. Suministro oportuno de información a entes externos: Se dio respuesta dentro de los tiempos establecidos a los requerimientos realizados por cuerpos colegiados, entes de control, Secretarías Distritales, EAPB y entes judiciales, en el marco de los acuerdos interadministrativos. Soporte: correos electrónicos enviados (Obligación 14 CD).
3	03. Entrega de documentos técnicos y conceptos médicos: Se remitieron los documentos técnicos y conceptos médicos requeridos, con soporte en correos electrónicos enviados (Obligación 14 CD).
4	04. Soporte consolidado mensual de insumos médicos y odontológicos: Se realizó la entrega del consolidado mensual de insumos médicos y odontológicos utilizados en el periodo, en el formato establecido por la entidad para aprobación del supervisor. Soporte: relación de facturas y cargue en SharePoint.
5	05. Relación y entrega de fórmulas, remisiones y formatos: Se efectuó la relación y entrega de fórmulas, remisiones y demás formatos físicos y digitales generados durante la ejecución de actividades de la Unidad de Salud. Soporte: relación de entrega de papelería y correos electrónicos.
6	06. Escaneo y archivo de evidencias contractuales: Se realizó el escaneo de evidencias para el informe mensual del contrato interadministrativo, así como el archivo organizado en carpetas digitales mensuales.
7	07. Solicitud y recepción de insumos: Se gestionó la solicitud de insumos a los almacenes correspondientes y la recepción de los mismos. Soporte: plataforma Dinámica Gerencial y correos electrónicos.
8	08. Archivo y actualización de inventario: Se efectuó el archivo de insumos recibidos y la actualización del inventario mediante registro en kardex.
9	09. Limpieza y desinfección del archivo: Se realiza limpieza y desinfección del archivo de manera interdiaria. No se cuenta con formato de trazabilidad para esta actividad.
10	10. Registro de temperatura y humedad del archivo: Se efectuó el registro diario de temperatura y humedad, con soporte en el formato establecido.
11	11. Gestión de citas médicas especializadas e imágenes diagnósticas: Se realizaron las gestiones requeridas por el supervisor mediante envío de correos a la trabajadora social y referentes de salud.
12	12. Apoyo en gestión de bases de datos: Durante el periodo reportado no se recibió solicitud de apoyo en la gestión de bases de datos de las estaciones de Policía a cargo de la Subred.
13	13. Agendamiento y envío de listados a facturación: Se remitieron correos electrónicos al área de facturación con los listados de pacientes, conforme a las solicitudes prioritarias realizadas por los médicos, y se brindó apoyo en el proceso cuando fue necesario.
14	14. Gestión del correo institucional: Se realizó revisión diaria del correo electrónico y actualización del listado de contactos de la Unidad de Salud, dando respuesta o clasificación según el caso.
15	15. Asistencia a reuniones y capacitaciones: Se participó en reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. Soporte: actas de reunión.
16	16. Elaboración de informes requeridos: Se elaboraron los informes necesarios para la justificación de actividades de la Unidad de Salud, incluyendo informe del servicio de psiquiatría y ajuste del informe mensual para coherencia con los soportes.
17	17. Disponibilidad para asignaciones en la Subred Centro Oriente: Se desarrollaron las actividades asignadas por el supervisor en la Cárcel Distrital, conforme a la designación realizada.
	18. Otras obligaciones contractuales: Se llevó a cabo el inventario del archivo físico administrativo, así como la depuración de consentimientos informados, documentos y papelería de la Unidad. De igual manera, se verificó que cada consentimiento depurado estuviera debidamente cargado en la historia clínica correspondiente en el sistema Dinámica Gerencial de cada paciente. Adicionalmente, se realizó la actualización y diligenciamiento de la base de datos del área de Psicología, incorporando las modificaciones pertinentes. Asimismo, se brindó apoyo en dar

18	cumplimiento a los pacientes de psiquiatria.

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° 93567599	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/12	$ 219.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/12	$ 280.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/12	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.600

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	*KAREN LILIANA REY RODRIGUEZ* *PS_2118_2026_986032* **KAREN LILIANA REY RODRIGUEZ** **CC: 1000163729**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_2118_2026_986032* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000163729	KAREN LILIANA REY RODRIGUEZ	calle 77 sur # 81 - 80 Torre 13 Apt 204	3215324642	karen361rodriguez.kr@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93567599	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$1,750,905	$534.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	1	200	0	219.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	1	300	0	280.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	1	100	35.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.100
Pensión	1	280.200	280.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	35.100	35.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.200	534.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000163729	KAREN LILIANA REY RODRIGUEZ	calle 77 sur # 81 - 80 Torre 13 Apt 204	3215324642	karen361rodriguez.kr@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93567599	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$1,750,905	$534.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000163729	REY RODRIGUEZ KAREN LILIANA	3	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900		0	0		0	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2118 2026 CRP -8997.pdf	1 PS 2118 2026 CRP -8997.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2118 2026 CRP -16273.PDF	2 PS 2118 2026 CRP -16273.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2118 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf (Archivado)	PS 2118 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2118 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >