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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SONIA PATRICIA RODRIGUEZ NIÑO**			**CC:**	**46364398**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SOPARONI36@YAHOO.ES**			**TELÉFONO:**	**3115175156**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 15 61 07**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**176000215598**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2773 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

SONIA PATRICIA RODRIGUEZ NIÑO
PS_2773_2026_46A753

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SONIA PATRICIA RODRIGUEZ NIÑO
CC: 46364398
CEL: 3115175156

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			
SONIA PATRICIA RODRIGUEZ NIÑO			
	CON C.C N°	**46.364.398**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2773 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 55.597.009	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO		

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	Elaboración de la planeación de la Auditoría Interna Gestión de la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, Código Blanco en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. Envío a jefe OCI para aprobación.
2	Revisión planes de mejora vigencias 2025 y 2026, formulados en la Subred y cargados en el SGI ALMERA, relacionados con atención de casos de violencia sexual, en el marco de auditorias de EAPB, entes externos y auditorias internas.
3	Convocatoria Apertura de Auditoría Interna Gestión de la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, Código Blanco en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE mediante SISSCO-2026-CI-002273.
4	Proyección oficio solicitud de información Gestión de la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, Código Blanco en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE a través de SISSCO-2026-CI-002298.
5	Análisis de la replica enviada por el proceso de Gestión de recursos Financieros y elaboración del informe final de la Auditoría Interna Gestión y control de inventarios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y al proceso de préstamo realizados entre la SubredCO y otras instituciones
6	Verificación en el SGI ALMERA del avance de las metas del Plan de Desarrollo de la Subred, con corte a junio de 2026, elaboración del Informe de seguimiento al cumplimiento del Plan Estratégico Institucional PEI 2026, con corte a junio 2026 y envío a jefe OCI para revisión.
7	Informe final de la Auditoría a Contratos de bienes y Servicios tercerizados.
8	Asistencia virtual socialización de MIPG 2026, evolución de MIPG, Fortalecimiento de la Gestión Pública. Departamento Administrativo Función Pública 3-09-2026
9	Socialización MIPG 2026 versión 7.0. Oficina Asesora de desarrollo Institucional 18-09-2026
10	Auditoria de campo servicios de Urgencia y farmacias Hospital Santa Clara , Hospital San Blas, Hospital Jorge Eliecer, Hospital Victoria en desarrollo de la Auditoría Interna Gestión de la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, Código Blanco en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6032915264	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/23	$ 311.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/23	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/23	$ 60.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 372.100

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	*SONIA PATRICIA RODRIGUEZ NIÑO* *PS_2773_2026_46A753* **SONIA PATRICIA RODRIGUEZ NIÑO** **CC: 46364398**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO* *PS_2773_2026_46A753* **ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46364398
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SONIA PATRICIA RODRIGUEZ NINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRR 6 8 57	TELÉFONO:	7444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - DISTRITO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6032915264**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/23		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		677198027

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 311.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 311.400	$ 0	$ 0	$ 311.400
SUBTOTALES:													**$ 311.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 311.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 60.700	$ 60.700	$ 0	$ 0	$ 60.700
SUBTOTALES:									**$ 60.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 60.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																													PENSIÓN								SALUD						ARP													
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VAR	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 46364398	RODRIGUEZ NIÑO SONIA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	REQ CUMP PENS	$ 2.491.000				NO																					$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2.491.000	$ 311.400	$ 0	$ 311.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.491.000	46364398	$ 60.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 372.100

Planilla Pagada
Planilla Pagada

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **SONIA PATRICIA RODRIGUEZ NIÑO** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **46364398** y número de Afiliación **946364398100**, esta Administradora mediante resolución No. **220615** de **2026** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Agosto** de **2026.**

La prestación fue reconocida, en razón a 13 mesadas anuales, pagadas mensualmente y una adicional en el mes de noviembre.

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 25 de agosto de 2026.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

Certificado generado por sede electrónica

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA