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:	**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:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO
PS_2175_2026_63B1D1

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** **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			
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:	$ 25.857.900	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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 (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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 894960919	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/09	$ 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* *PS_2175_2026_63B1D1* **WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO** **CC: 79962083**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2175_2026_63B1D1* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **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: 8394960919

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	8394960919
Fecha pago	2026-09-09
Número de autorización pago	94960919
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2026
Periodo de Cotización Pensión	agosto 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

8394960919

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