PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-22, 02:11:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084699459

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823869912

PAGADO 22/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE ARIAS RODRIGUEZ		
Documento	CC79559642	**Dirección**	CR 10C ESTE #1 C - 58
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3145794117
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79559642	JOSE ARIAS RODRIGUEZ	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.100	$ 5.000	$ 504.100

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:	**JOSE ARIAS RODRIGUEZ**			**CC:**	**79559642**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JEARBOGO432@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3145794117**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 10C 1C 58 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**LULO BANK**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**494100179679**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1977 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
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**				

JOSE ARIAS RODRIGUEZ
PS_1977_2026_D7E897

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE ARIAS RODRIGUEZ
CC: 79559642
CEL: 3145794117

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			
JOSE ARIAS RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**79.559.642**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1977 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.786.786	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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. Desarrollé procesos de educación, orientación y direccionamiento a usuarios mediante atención individual, brindando acompañamiento a 500 usuarios durante el período reportado, en horas de la mañana. Estas actividades se ejecutaron conforme a los lineamientos técnicos y administrativos establecidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
2	2. Gestioné el acceso a los servicios de salud mediante la verificación de un promedio de 110 usuarios en los aplicativos Comprobadores de Derechos, DNP, ADRES y georreferenciador, facilitando su ingreso oportuno a los servicios. Así mismo, brindé orientación a 150 usuarios en temas de aseguramiento, portafolio de servicios y presentación de inconformidades, informando sobre los canales disponibles para la radicación de PQRS (presencial, telefónico y virtual a través del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS), garantizando respuesta clara y oportuna a sus requerimientos.
3	3. Consolidé en las actas de control y seguimiento aproximadamente 270 requerimientos recopilados mediante la apertura de buzones en las diferentes Unidades de Servicios de Salud, centros de salud y hospitales de la Subred Centro Oriente, en horas de la tarde, dando cumplimiento a los protocolos y metas establecidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
4	4. No se realizan sesiones educativas en sala de espera, ya que el apoyo brindado en este espacio está orientado exclusivamente a la atención y orientación individual de los usuarios.
5	5. Identifiqué las barreras de acceso de los usuarios, las clasifiqué y registré en los formatos correspondientes, discriminándolas en reclamos, PQR y felicitaciones, para un aproximado de 100 requerimientos. Lo anterior, con el fin de direccionar dichas barreras al área competente, garantizando una solución oportuna y el cierre del 100 % de los casos.
6	6. No es posible participar en el desarrollo de los talleres pedagógicos programados en la Unidad Santa Clara en la jornada de la tarde, toda vez que en este horario me encuentro realizando la apertura de buzones, actividad previamente asignada.
7	7. Realicé la revisión y el escaneo de los requerimientos, consolidando la información en los soportes de la gestión realizada, los cuales fueron entregados diariamente a la referente Luz Stella en la Unidad de San José Obrero, debidamente diligenciados y con la información completa, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
8	8. Apoyé la consulta en el sistema Dinámica Gerencial para la verificación de citas médicas previamente asignadas, en el marco del proceso de facturación, realizando la validación y actualización de datos cuando fue requerido. Durante el proceso, se tuvo en cuenta la Unidad de Servicios de Salud donde fue programada la cita, con el fin de facilitar el acceso oportuno del usuario a los diferentes centros de salud y hospitales de la Subred Centro Oriente.
9	9. Apoyé la implementación de estrategias de promoción de derechos y deberes, brindando orientación a 300 usuarios en la Unidad, incluyendo la socialización de los canales de interacción y escucha institucional. Durante las orientaciones informé sobre el rol y funciones del Defensor del Usuario de la Subred Centro Oriente, así como la disponibilidad del área de Atención al Usuario para la orientación, direccionamiento y gestión de dificultades, conforme a los lineamientos institucionales.
10	10. Garanticé la reserva, confidencialidad y adecuada protección de los datos personales de los usuarios durante la verificación de la información en los diferentes aplicativos institucionales, incluido el sistema Dinámica Gerencial, para la entrega de 50 turnos, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la Subred Centro Oriente.
11	11. Participé en los espacios convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, incluyendo la reunión mensual de fortalecimiento realizada el 25 de septiembre , así como la reunión mensual de seguimiento de Servicio al Ciudadano, dando cumplimiento a las directrices institucionales.
12	12. Brindé apoyo en los diferentes subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual.

13	13. Di cumplimiento oportuno a las obligaciones contractuales asignadas, desarrollando las actividades dentro de los tiempos establecidos y realizando el respectivo registro en los aplicativos institucionales, conforme a las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales de la Subred.
14	14. Porté de manera visible los elementos de identificación institucional (carné y chaqueta) suministrados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., manteniendo adecuada presentación personal, conforme a los manuales y lineamientos institucionales vigentes.
15	15. Di cumplimiento a las demás obligaciones derivadas directamente del objeto contractual, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y a lo establecido en el Formato de Necesidad de Personal que hace parte integral del contrato

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° 1084699459	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/22	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/22	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/22	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.100

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	*JOSE ARIAS RODRIGUEZ* *PS_1977_2026_D7E897* **JOSE ARIAS RODRIGUEZ** **CC: 79559642**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1977_2026_D7E897* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1977_2026_D7E897* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**