ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ROSA HELENA RODRIGUEZ PENA |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-52072421 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2026-09-22 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-09-04 |
| FECHA DE PAGO: | 2026-09-22 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2026-08 |
| PERÍODO SALUD: | 2026-08 |
| NÚMERO PLANILLA: | 38432204 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 38432204 |
| 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 | ALIANSALUD EPS | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 3.000 | $ 218.900 | $ 221.900 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 3.800 | $ 280.200 | $ 284.000 |
| 14-7 | 860002503 | SEGUROS BOLIVAR | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 600 | $ 42.700 | $ 43.300 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 7.400 | $ 541.800 | $ 549.200 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 06/10/2026 |

**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:** | **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** | | | | | |
| **Nº 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:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA*
*PS_2006_2026_ECCC09*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA**
**CC: 52072421**
**CEL: 3203409992**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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:** | $ 33.513.480 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.723.720 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 38432204 | OPERADOR: | ASOPAGOS |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | ALIANSALUD | 2026/09/22 | $ 221.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/09/22 | $ 284.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/09/22 | $ 43.300 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 549.200 |

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** | *ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA*<br>*PS_2006_2026_ECCC09*<br>**ROSA HELENA RODRIGUEZ PEÑA**<br>**CC: 52072421** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN*<br>*PS_2006_2026_ECCC09*<br>**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |