

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO			CC:	53029947	
CORREO ELECTRÓNICO:	CLAUDIAVILLAMIZAR2011@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3143640352	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 25 17 15 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488433107437	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1259 2025	N° CDP:	1897	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.900.000					



CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
PS_1259_2025_7BFCEB-2025-07-14 17:42:53

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
CC: 53029947
CEL: 3143640352

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

CON C.C N° 53.029.947

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1259 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.388.960	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.075.584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO
---	--------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ
------------------------	----------------------

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 ACTUALIZO DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.
2	SE REALIZO LA FACTURACION DE LOS PACIENTES QUE NO REQUIERAN CANCELAR COPAGOS O CUOTAS DE RECUPERACION, PREVIAMENTE A LA ATENCION MEDICA, PARA DISMINUCION DE FILAS EN SALAS DE ESPERA.
3	SE REALIZO LLAMADO DEL USUARIO A VENTANILLA DE ACUERDO A ORGANIZACION Y DIGITURNO ENTREGADO POR EL ORIENTADOR.
4	SE REALIZO VERIFICACION DE LAS ORDENES MEDICAS Y AUTORIZACION FISICA QUE PRESENTA EL USUARIO PARA SU ATENCION POR CONSULTA EXTERNA, SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	SE REVISO Y VALIDO SERVICIOS RESPECTO A FRECUENCIAS DE USO, GRUPO ETARIO, GENERO Y SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
6	SE VERIFICO DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LAS SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION DEL USUARIO Y ADJUNTAR A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACION LOS SOPORTES DE VERIFICACION DE DERECHOS.
7	SE GENERO FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y SOPORTAR CON LA DOCUMENTACION QUE PRESENTA EL USUARIO SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
8	SE RECEPCIONO DINERO, GENERANDO RECIBO DE CAJA Y SE ENTREGO COPIA AL USUARIO DE ACUERDO A LA ATENCION PRESTADA SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
9	SE RECIBIO E INGRESO LOS ABONOS QUE REALIZAN LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARES.
10	SE REALIZO CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.
11	SE HIZO ENTREGA DE LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO INSTRUCTIVOS Y/O PROCEDIMIENTOS DEL AREA.
12	SE CORRIGIO DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.
13	SE BRINDO EL APOYO NECESARIO Y REALIZO PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES.
14	SE REALIZO ACTUALIZACIONES EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y SE ASISTIO A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA.
15	SE REALIZO LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
16	SE PARTICIPO EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 8387483270	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/02	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/02	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/02	\$ 34.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 440.500	

- 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	<div><div>CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO</div><div>PS_1259_2025_7BFCEB-2025-07-14 17:42:53</div></div> <div>CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO</div> <div>CC: 53029947</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YAMILE CANO HERRERA</div><div>PS_1259_2025_7BFCEB-2025-07-16 17:47:20</div></div> <div>YAMILE CANO HERRERA</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div><div>PS_1259_2025_7BFCEB-2025-07-17 20:13:57</div></div> <div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

Información básica de la planilla

Empresa:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO	NIT:	53029947
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	junio 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	junio 2025
Número de Radicación:	8387483270	Total a pagar:	\$469,000
Fecha de vencimiento:	10/07/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	02/07/2025	Número de Administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago en Cajas
Banco:	1023	Número Autorización:	25160703
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$34,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$227,800
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$28,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$178,000
						\$469,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.