

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ			CC:	52212853
CORREO ELECTRÓNICO:	OLGALU2416@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3222636123
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 28 SUR 37 91			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009000734260
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4215 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.143.560	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div><div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ PS_4215_2025_EC1CF9</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ CC: 52212853 CEL: 3222636123</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ

CON C.C N°52.212.853

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 4215 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$9.430.680No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$31.435.600VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.143.560

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:RONALD AGUILAR GOMEZ

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)

11. Se revisaron y se clasificaron las devoluciones una vez recibidas,
2. Se analizaron las devoluciones iniciales y motivo de devoluciones donde se identificaron: administrativos y asistenciales.
3. Se priorizaron tiempos de respuesta para cumplir términos.
4. Se verificaron las devoluciones en el sistema de información y los aplicativos de consulta de los terceros los soportes administrativos o asistenciales para el trámite de respuesta de las devoluciones.
5. En caso de ausencia de soportes en el sistema de información se solicitaron al área correspondiente vía correo para dar respuesta completa a las devoluciones.
6. Se consolidaron los soportes y se elaboraron respuesta a respuesta a devoluciones en el sistema de información donde se debe analizar los soportes recibidos a partir del motivo de devolución.
7. Se realizo la justificación para dar respuesta con el argumento pertinente según sea el caso, de acuerdo con los códigos establecidos en la resolución de devoluciones del ministerio de salud.
8. Se realizaron las digitaciones de respuestas de devoluciones en sistema de información DGH a cada una de las causales emitidas por las entidades responsables de pago, garantizando la existencia de soportes y observaciones coherentes con motivos de devoluciones.
9. Se realizo la radicación de las respuestas de devoluciones a cada entidad según su modalidad y garantizado una carpeta por entidad con los soportes adjuntos que subsanen los motivos de devoluciones. (respuesta de devoluciones DGH, soportes y radicado ante la entidad), según directrices de gestión documental.
10. Se da respuesta a reiteraciones y adicional solicitar citas de conciliación por email y/o plataforma, hacer seguimiento a estados de facturas y saldos de los cruces contables antes de iniciar conciliación con los pagadores.
11. Se realizaron apoyo a conciliaciones con las EPS junto con los soportes que se requieran y asegurar al cierre de cada conciliación la verificación administrativa de facturas y valores conciliados.
12. Se brindo oportunamente informaciones y soporte solicitados que se quieran para el cumplimiento de entrega de información de acuerdo con los requerimientos de áreas externas o entes de control
13. Se prepararon y se presenta oportunamente formato informe y cuenta de cobro, relacionando actividades realizadas con sus respectivos soportes para dar cumplimiento a la obligación contractual.
14. Se archivaron documentos a cargo de acuerdo con términos establecidos por gestión documental.
15. Se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
16. Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
17. Se reportar al área de cartera la gestión pertinente de las facturas que presenten novedades y no permitan la recepción de las devoluciones.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 90197492	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2025/10/16	\$ 178.300	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/16	\$ 228.100	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/16	\$ 34.800	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 441.200	

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	<div><div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ PS_4215_2025_EC1CF9</div><hr/>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ CC: 52212853</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YAMILE CANO HERRERA PS_4215_2025_EC1CF9</div><hr/>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ PS_4215_2025_EC1CF9</div><hr/>RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>