

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
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:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
<div><div><div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ PS_4215_2025_315333</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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4215 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.430.680	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 40.866.280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.143.560
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
------------------------	---------------------------

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	<p>1. Se revisaron y se clasificaron las devoluciones una vez recibidas,</p> <p>2. Se analizaron las devoluciones iniciales y motivo de devoluciones donde se identificaron: administrativos y asistenciales.</p> <p>3. Se priorizaron tiempos de respuesta para cumplir términos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>14. Se archivaron documentos a cargo de acuerdo con términos establecidos por gestión documental.</p> <p>15. Se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.</p> <p>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</p> <p>17. Se reportar al área de cartera la gestión pertinente de las facturas que presenten novedades y no permitan la recepción de las devoluciones.</p>
---	---

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 91836417	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2025/12/12	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/12	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/12	\$ 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>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ PS_4215_2025_315333</div></div> <div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ CC: 52212853</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YAMILE CANO HERRERA PS_4215_2025_315333</div></div> <div>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_4215_2025_315333</div></div> <div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>