

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
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	N° CDP:	2510	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.143.560					
<div><div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ PS_4215_2025_51F512</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ CC: 52212853 CEL: 3222636123</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. REVISAR Y CLASIFICAR LAS CUENTAS GLOSADAS Y DEVOLUCIONES UNA VEZ RECIBIDAS, ANALIZANDO LA GLOSA INICIAL Y MOTIVO DE DEVOLUCIÓN DONDE SE IDENTIFICA: ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL, PRIORIZANDO TIEMPOS DE RESPUESTA PARA CUMPLIR TÉRMINOS. 2. RECEPCIONAR GLOSA Y DEVOLUCIONES EN SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH. 3. DILIGENCIAR MATRIZ DE GLOSA Y DEVOLUCIONES IMPLEMENTADA DE ACUERDO A RESOLUCIÓN DE GLOSAS DEL MINISTERIO DE SALUD, AL CIERRE DE MES ENTREGARLA TOTALMENTE DILIGENCIADA EN LO QUE CORRESPONDE A RESPUESTA DE GLOSA INICIAL Y DEVOLUCIONES CON SU RESPECTIVO ANÁLISIS DE TRÁMITE. 4. VERIFICAR 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 GLOSAS Y DEVOLUCIONES. EN CASO DE AUSENCIA DE SOPORTES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOLICITAR AL ÁREA CORRESPONDIENTE VÍA CORREO PARA DAR RESPUESTA COMPLETA A LAS OBJECIONES. 5. CONSOLIDAR LOS SOPORTES Y ELABORAR RESPUESTA A GLOSA INICIAL Y RESPUESTA A DEVOLUCIONES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DONDE SE DEBE ANALIZAR LOS SOPORTES RECIBIDOS A PARTIR DEL MOTIVO DE GLOSA INICIAL Y DEVOLUCIÓN, DAR JUSTIFICACIÓN CON EL ARGUMENTO PERTINENTE SEGÚN SEA EL CASO, DE ACUERDO A LOS CÓDIGOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN DE GLOSAS DEL MINISTERIO DE SALUD. 6. DIGITACIÓN DE RESPUESTA DE GLOSA Y 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 GLOSA Y DEVOLUCIONES. 7. RADICAR RESPUESTA DE GLOSA Y RESPUESTA DE DEVOLUCIONES A CADA ENTIDAD SEGÚN SU MODALIDAD Y GARANTIZAR UNA CARPETA POR ENTIDAD CON LOS SOPORTES ADJUNTOS QUE SUBSANEN LOS MOTIVOS DE GLOSA INICIAL Y DEVOLUCIONES. (RESPUESTA DE GLOSA Y DEVOLUCIONES DHG, SOPORTES Y RADICADO ANTE LA ENTIDAD), SEGÚN DIRECTRICES DE GESTIÓN DOCUMENTAL. 8. DAR 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. 9. APOYAR CONCILIACIONES CON LOS SOPORTES QUE SE REQUIERAN Y ASEGURAR AL CIERRE DE CADA CONCILIACIÓN LA VERIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE FACTURAS Y VALORES CONCILIADOS. 10. BRINDAR OPORTUNAMENTE INFORMACIÓN Y SOPORTES SOLICITADOS QUE SE QUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE ÁREAS EXTERNAS O ENTES DE CONTROL. 11. PREPARAR Y PRESENTAR OPORTUNAMENTE FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO, RELACIONANDO ACTIVIDADES REALIZADAS CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL. 12. ARCHIVAR DOCUMENTOS A CARGO DE ACUERDO A TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR GESTIÓN DOCUMENTAL. 13. ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL ÁREA. 14. REALIZAR 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. 15. REPORTAR AL ÁREA DE CARTERA LA GESTIÓN PERTINENTE DE LAS FACTURAS QUE PRESENTEN NOVEDADES Y NO PERMITAN LA RECEPCIÓN DE LAS DEVOLUCIONES Y GLOSAS.

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.

ITEMCUMPLIMIENTO DE REQUISITOSSINO

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 88581328	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/15	\$ 178.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/08/15	\$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/15	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.000

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 ningún 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_51F512</div><div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ CC: 52212853</div></div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YAMILE CANO HERRERA PS_4215_2025_51F512</div><div>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ PS_4215_2025_51F512</div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ		CALLE 28 # 37-91	3222636123	OLGALU2416@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88581328	TOTAL A PAGAR
					\$469.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	1	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	28.500	1
						100	Total a Pagar
							No. Afiliados
						28.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	1	28.500	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ		CALLE 28 # 37-91	3222636123	OLGALU2416@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88581328	\$469.600

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILH	IDE	IDE	IDE	IDE	IDE	IDE	IDE	IDE	IDE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52212853	DAZA MARTINEZ OLGA LUCIA	59	0			N																			Z31001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA