

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ		CC:	1007395625	
CORREO ELECTRÓNICO:	valderramajhoanita@gmail.com		TELÉFONO:	3123517397	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 20F 66 91 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0996035614

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5305 2025	N° CDP:	1897	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/02	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



DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ  
PS\_5305\_2025\_756077-2025-07-16 16:51:02

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ

CC: 1007395625

CEL: 3123517397

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ**

**CON C.C N°** **1.007.395.625**

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5305 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/05/02</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.800.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 7.600.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.900.000
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO (4) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL LA VICTORIA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** RONALD AGUILAR GOMEZ

ITEM	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se llamó al paciente de forma ordenada y cordial, según el digiturno asignado.
2	Se recibió el pago, se generó el recibo y se entregó al usuario con claridad.
3	Se asistió a reuniones y capacitaciones para mejorar la atención al usuario
4	Se facturaron anticipadamente pacientes sin copago para agilizar la atención.
5	Se verificaron órdenes médicas y autorizaciones antes de la consulta externa.
6	Se actualizaron los datos personales y del acudiente en el sistema.
7	Se validaron los servicios según edad, género, uso y normatividad vigente.
8	Se realizó el cierre de caja, arqueo y entrega de soportes al finalizar la jornada.

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 87582027	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/07/14	\$ 178.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/14	\$ 228.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/14	\$ 34.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 442.500</b>

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 ibr 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**



*DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ*

*PS\_5305\_2025\_756077-2025-07-16 16:51:02*

**DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ**

**CC: 1007395625**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*YAMILE CANO HERRERA*

*PS\_5305\_2025\_756077-2025-07-17 00:03:31*

**YAMILE CANO HERRERA**

**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*RONALD AGUILAR GOMEZ*

*PS\_5305\_2025\_756077-2025-07-18 01:22:41*

**RONALD AGUILAR GOMEZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**