

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY CAROLINA SUAREZ RAMIREZ			CC:	53090711	
CORREO ELECTRÓNICO:	CAROLINASUAREZ5309@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3193285831	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 60G 17A 714 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	062981857	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1318 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	\$ 2.100.000					



JENNY CAROLINA SUAREZ RAMIREZ
PS_1318_2025_858DFA-2025-07-15 02:14:07

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNY CAROLINA SUAREZ RAMIREZ
CC: 53090711
CEL: 3193285831

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JENNY CAROLINA SUAREZ RAMIREZ

CON C.C N° 53.090.711

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 1318 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.927.856	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.651.142	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.100.000
--	---------------	---	--------------

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

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

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	1. RELACIONE , REGISTRE Y CONFIRME LAS ORDENES DE SERVICIO DE OBSERVACION DE URGENCIAS,
2	VERIFIQUE CONTRA HISTORIA CLINICA QUE SE ENCUENTREN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, COBRADOS EN LA FACTURA,
3	REVISE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO REGISTRADOS POR LA FARMACIA, FRENTE A LO REGISTRADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA,
4	REPORTE POR CORREO ELECTRONICO AL AREA DE TRABAJO SOCIAL CUANDO SE TENGA DIFICULTAD DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN ATENCION MEDICA POR URGENCIAS,
5	TRAMITE ANTE LA EAPB LAS AUTORIZACIONES DE LAS ATENCIONES DE LAS UNIDADES DE BAJA COMPLEJIDAD,
6	VERIFIQUE Y ADJUNTE LOS SOPORTES DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS, EL REPORTE AL ENTE RESPECTIVO (MIPRES)
7	ADJUNTE EL SOPORTE ENTREGADO POR EL AREA DE AUTORIZACIONES DE TRAMITE SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LAS EAPB Y ASEGURADORAS,
8	EGRESE PORTUNAMENTE LOS PACIENTES DEL SISTEMA DE INFORMACION, UNA VEZ SE NOTIFIQUE ORDEN DE SALIDA POR EL AREA ASISTENCIAL.
9	GENERE ORDENES DE SALIDA EN SISITEMA DE INFORMACION, FIRMADA Y ENTREGADA AL USUARIO.
10	ELABORE FACTURAS DE PACIENTES DE URGENCIAS Y OBSERVACION, RECIBOS DE CAJA OPORTUNAMENTE DE ACUERDO A LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE.

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° 8387487069	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/07/14	\$ 179.300
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/14	\$ 229.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/14	\$ 35.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 443.700
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 afiliación a eps, arl, pensión, 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>JENNY CAROLINA SUAREZ RAMIREZ</div><div>PS_1318_2025_858DFA-2025-07-15 02:14:07</div></div> <div>JENNY CAROLINA SUAREZ RAMIREZ</div> <div>CC: 53090711</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YAMILE CANO HERRERA</div><div>PS_1318_2025_858DFA-2025-07-16 18:49:58</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_1318_2025_858DFA-2025-07-17 20:21:48</div></div> <div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

Información básica de la planilla

Empresa:	JENNY CAROLINA SUAREZ RAMIREZ	NIT:	53090711
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	junio 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	junio 2025
Número de Radicación:	8387487069	Total a pagar:	\$443,700
Fecha de vencimiento:	03/07/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	14/07/2025	Número de Administradoras:	3

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:	25154852
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
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$35,000
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$229,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$179,300
						\$443,700

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 8387487069, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.