

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS			CC:	1023908143	
CORREO ELECTRÓNICO:	JJVERDUGOC17@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3022624191	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 20 A SUR 7 39			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480371072	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 2810 2025	N° CDP:	1920	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	\$ 2.672.026					



JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
PS_2810_2025_4EDF39-2025-07-16 17:16:58

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CC: 1023908143
CEL: 3022624191

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS				
CON C.C N°			1.023.908.143	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 2810 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.016.078	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.376.208	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS			
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	Adjunte soportes de gestion de autorizaciones (Urgencias, Estancias y/o Procedimientos), de los ingresos realizados por Urgencias, Hospitalizacion y/o de programacion de procedimeintos ambulatoria en Dinamica Gerencial.			
2	Apoye en la realizacion del informe mensual donde se identifica las inconsietencias (unidades) y/o en la inoportunidad de respuestas de las ERP con el comportamiento frente a la gestion de las Unidades en el proceso de autorizaciones enviado a autorizaciones@subredcentrooriente.gov.co-referente de autorizaciones			
3	Genere reporte semanal del detallado de facturación y ordenes de salidas del dia inmediatamente anterio, mediante un descargue detallado de facturación y ordenes de salidas, el cual fue Consolidado en el DRIVE-el cual esta en el correo de soporteautorizaciones2@gmail.com			
4	Verifique que lo facturado cuente con las autorizaciones según los servicios prestados,y/o gestión correspondiente según lo establecido en la Resolución 3047 del 2008, y las particularidades de cada una de la EAPB, Soportes subidos en Dinamica Gerenmcial-Requqerimientos y observaciones en el DRIVE por cada factura y/o orden de salida			
5	Reporte diariamente al area de facturacion los casos que presente diferencias entre lo facturado vs prestado vs autorizado, con el fin que se realicen los ajustes al que haya lugar Los cuales furon Reportar por correo uditoriafacturacion@subredcentrooriente.gov.co			
6	Verifique que se encuentren los soportes administrativos de las revision de las bases de datos (DNP,ADRES,COMPROBADOR DE DERECHOS, VERIFICADORES DE EAPB), para confirmar la EAPB,y se guardo evidencia en carpeta diaria nombrada por ingreso			
7	Se genero la respuesta oportuna de cada uno de los casos que reporta el area de cuentas medicas y devoluciones			
8	Realice reporte diario a cada servicio de los casos que presente inconsistecia (Autorizaciones), esto con el fin de que se subsanen por parte de las unidades			
9	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.			
10	Asisti a las capacitaciones y reuniones programadas por el area y/o las instituciones como FONDO FINANCIERO DISTRITAL (ELECTIVAS)			
11	Realice y aprobe encuentra Acoso Laboral			
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° 7974895141	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/14	\$ 178.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/14	\$ 228.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/14	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.700
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 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>JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS</div><div>PS_2810_2025_4EDF39-2025-07-16 17:16:58</div><div>JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS</div><div>CC: 1023908143</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YENI ROCIO AVILA RONDON</div><div>PS_2810_2025_4EDF39-2025-07-16 17:35:28</div><div>YENI ROCIO AVILA RONDON</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div><div>PS_2810_2025_4EDF39-2025-07-17 19:27:04</div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 600	\$ 0	\$ 227.800	\$ 600	\$ 228.400
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 600	\$ 228.400

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000		\$ 0	\$ 500		\$ 0	\$ 178.000	\$ 500	\$ 0	\$ 178.500
SUBTOTALES:													\$ 178.000	\$ 500	\$ 0		\$ 178.500	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 100	\$ 0	\$ 34.800
SUBTOTALES:									\$ 34.700	\$ 100	\$ 0	\$ 34.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 28.500	\$ 100	\$ 28.600
SUBTOTALES:			\$ 28.500	\$ 100	\$ 28.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																											
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU									
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
1	CC 1023908143	VERDUGO CAMPOS JEIMMY JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.423.500			NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 102390814	\$ 34.700	30	\$ 1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0					

TOTAL PAGADO:	\$ 470.300
----------------------	-------------------