

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ			CC:	1013634029	
CORREO ELECTRÓNICO:	LINAJULIETH202019@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3104810810	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 16 10A 26 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008380412406	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1411 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 2025/06/01 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.143.560					



LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
PS_1411_2025_4B9713-2025-06-16 12:18:27

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
CC: 1013634029
CEL: 3104810810

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

CON C.C N°

1.013.634.029

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 1411 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.430.680	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.148.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.143.560
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	Descargué del sistema de información DGH los reportes necesarios para la distribución y auditoria de las cuentas por parte del grupo encargado Realicé los cruces respectivos para el seguimiento a las actividades realizadas en hospitalización, medicamentos y quirurgicas Se realizó la socializacion a las areas asistenciales de las novedades encontradas durante las auditorias realizadas a las cuentas de hospitalización Reporté las novedades en las tarifas según la contratación con la ERP evidenciadas durante la auditoria realziada a las facturas de venta Desde el proceso de auditoria se reportaron las novedadesy el seguimiento a la subsanación de las mismas Se gestiónó mediante mesas de trabajo, reportes en DRIVE y correos electronicos el seguimiento a las inconistencias evidenciadas Se reportó a la persona encargada del proceso de parametrización las novedades durante las auditorias realizadas para el periodo Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades encontradas durante el proceso de auditoria en descripciones quirurgicas,epicrisis sin confirmar en el sistema de información DGH, administración de medicamentos Socialicé a los profesionales del área las novedades encontradas durante el proceso de seguimiento de auditoria Asistí a las reuniones programadas y participe de las capacitaciones y/o retroalimentaciones al personal de hospitalización

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86862701	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/06/13	\$ 178.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/06/13	\$ 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 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



LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

PS_1411_2025_4B9713-2025-06-16 12:18:27

LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

CC: 1013634029

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_1411_2025_4B9713-2025-06-16 17:19:19

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



RONALD AGUILAR GOMEZ

PS_1411_2025_4B9713-2025-06-17 16:32:20

RONALD AGUILAR GOMEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Información básica de la planilla

Empresa:	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	NIT:	1013634029
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2025
Número de Radicación:	86862701	Total a pagar:	\$441,500
Fecha de vencimiento:	10/06/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	13/06/2025	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 Electronico por PSE
Banco:	NEQUI	Número Autorización:	1550384593

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
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$34,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$228,300
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$178,400
						\$441,500

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 86862701, 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.