

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA PATRICIA CARDONA FLOREZ			CC:	52801398	
CORREO ELECTRÓNICO:	SCARDONAFLOREZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3103933751	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 129F 123 30			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO FINANDINA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	9901776921	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 4578 2025	N° CDP:	1898	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/05	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	\$ 5.510.500					



SANDRA PATRICIA CARDONA FLOREZ
PS_4578_2025_7B134E-2025-06-16 07:26:49

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA PATRICIA CARDONA FLOREZ
CC: 52801398
CEL: 3103933751

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SANDRA PATRICIA CARDONA FLOREZ

CON C.C N°52.801.398

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4578 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/05
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.286.267	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.838.767	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.510.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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. Realicé el seguimiento a los egresos sin facturar, verificando su correcta conciliación y registro con el área de estadística para garantizar la integridad de la información reportada. 2. Acompañé reuniones para la implementación de la facturación electrónica y la actualización del sistema RIPS, facilitando la adaptación a las nuevas modalidades de contratación establecidas. 3. Generé la capacitación trimestral del equipo de facturación, asegurando la actualización en normatividad vigente y mejorando la gestión del proceso de facturación. 4. Revisé el proceso de capacitación con el área de Talento Humano para garantizar su alineación con los objetivos organizacionales y fortalecer las competencias del personal involucrado. 5. Corrigí respuestas a PQRD del área de facturación, asegurando que la información proporcionada a los usuarios fuera clara, precisa y conforme a la normativa vigente. 6. Realicé el seguimiento a las facturas de pacientes particulares, gestionando su envío oportuno al área de trabajo social y autorizaciones para garantizar una correcta conciliación y cobro de los servicios prestados.

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° 9487050476	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/06/11	\$ 275.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/11	\$ 352.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/11	\$ 53.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 682.000

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 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



SANDRA PATRICIA CARDONA FLOREZ

PS_4578_2025_7B134E-2025-06-16 07:26:49

SANDRA PATRICIA CARDONA FLOREZ

CC: 52801398

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_4578_2025_7B134E-2025-06-16 17:25:11

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



RONALD AGUILAR GOMEZ

PS_4578_2025_7B134E-2025-06-17 18:20:14

RONALD AGUILAR GOMEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52801398		CARDONA FLOREZ SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle129 f 123 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4718410	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1546725530	9487050476	I	2025/06/25	2025/06/11	BANCO FINANINDINA S.A. BIC	0	\$682,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	52801398	CARDONA FLOREZ SANDRA PATRICIA																	25-14	30	EPS008	30		0	14-11	30	0	No
Total Afiliados(1)																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52801398		CARDONA FLOREZ SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle129 f 123 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4718410	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1546725530	9487050476	I	2025/06/25	2025/06/11	BANCO FINANINDIA S.A. BIC	0	\$682,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$352,700	\$0	\$0	\$352,700	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$352,700	\$0	\$0	\$352,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$53,700	\$0	\$0	\$53,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$53,700	\$0	\$0	\$53,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$275,600	\$0	\$0	\$275,600	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$275,600	\$0	\$0	\$275,600	
TOTAL				1	\$682,000	\$0	\$0	\$682,000	