

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAOLA LILIANA YAGUARA MINA			CC:	52805038
CORREO ELECTRÓNICO:	JErJOS2054@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3102678884
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 140B 112B 61			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	030346340
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6174 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.510.500	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 PAOLA LILIANA YAGUARA MINA PS_6174_2025_8FB9AF NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PAOLA LILIANA YAGUARA MINA CC: 52805038 CEL: 3102678884					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
PAOLA LILIANA YAGUARA MINA

CON C.C N°52.805.038

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO AUDITOR CUENTAS MEDICAS 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 6174 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/08/15

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.122.617No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$14.143.617VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$5.510.500

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

NOMBRE DEL SUPERVISOR:RONALD AGUILAR GOMEZ

ITEMII. 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. HACER SEGUIMIENTO A MATRIZ DE GLOSA INICIAL DILIGENCIADA POR LOS TECNÓLOGOS ANALIZANDO LA TRAZABILIDAD Y RESPUESTA DE LAS MISMAS DE ACUERDO A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO ASIGNADAS. 2. REALIZAR ANÁLISIS DE LA MATRIZ CONSOLIDADA REITERACIONES AP-CR-FT-077 PARA TENER ACERCAMIENTO CON LAS ERP Y LOGRAR EL CIERRE DE LO PENDIENTE POR MEDIO DE LA CONCILIACIÓN, CLASIFICAR LAS FACTURAS PARA SUPERSALUD Y TRAMITE JURÍDICO DE ACUERDO A LAS ENTIDADES ASIGNADAS. 3. ALISTAR Y VERIFICAR LOS SOPORTES PERTINENTES QUE SE REQUIERAN PARA CONCILIACIÓN ANTE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO, VALIDAR TARIFAS Y TÉRMINOS CONTRACTUALES PARA REALIZAR CONCILIACIONES DE GLOSAS CON LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO ASEGURANDO QUE SE AJUSTEN A LAS NORMAS TÉCNICAS Y CIENTÍFICAS VIGENTES, DENTRO DE TIEMPOS OPORTUNOS CON EL FIN DE OPTIMIZAR LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN. 4. REALIZAR CONCILIACIONES DE GLOSAS CON LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO ASEGURANDO QUE SE AJUSTEN A LAS NORMAS TÉCNICAS Y CIENTÍFICAS VIGENTES Y A LOS TÉRMINOS CONTRACTUALES, DENTRO DE TIEMPOS OPORTUNOS CON EL FIN DE OPTIMIZAR LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN. 5. REALIZAR TIPIFICACIÓN DE GLOSA DEFINITIVA ASIGNANDO A CADA FACTURA CÓDIGO DE ACUERDO A RESOLUCIÓN DE GLOSAS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS DATOS NECESARIOS IMPLEMENTADOS EN PLANTILLA DE TIPIFICACIÓN Y ENTREGARLA VÍA CORREO ELECTRÓNICO. 6. INFORMAR A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCIÓN ACERCA DE LAS CAUSALES DE LA GLOSA ACEPTADA CON EL FIN DE GENERAR POLÍTICAS DE AUTOCONTROL Y PLANES DE MEJORAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 7. ORGANIZAR SOPORTES DE ATENCIÓN DE FACTURAS CON PRESUNTO DETRIMENTO PARA POSTERIORMENTE HACER ENTREGA AL ÁREA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO. 8. REPORTAR ANTE EL ÁREA DE FACTURACIÓN LOS HALLAZGOS REFERENTES A SUBFACTURACIÓN Y SOBREFACTURACIÓN, COMO LOS DEMÁS QUE CONSIDERE NECESARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.9. ENTREGAR ACTAS DE CONCILIACIÓN EN MEDIO MAGNÉTICO (EXCEL), PDF FIRMADO Y ACTA IMPRESA LEGALIZADA CON LA ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO. 10. INFORMAR A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCIÓN ACERCA DE LAS CAUSALES DE LA GLOSA ACEPTADA CON EL FIN DE GENERAR POLÍTICAS DE AUTOCONTROL Y PLANES DE MEJORAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 11. REALIZAR LOS ANÁLISIS Y CONCEPTOS QUE LE SEAN REQUERIDOS EN LA AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS, CON EL FIN DE PRESENTARLOS ANTE LOS DIFERENTES COMITÉS INSTITUCIONALES QUE ASÍ LO REQUIERAN. 12. CAPACITAR A LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCIÓN CON EL FIN DE EVITAR LOS ERRORES E INCONSISTENCIAS EN EL PROCESO INTEGRAL DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS, EVITANDO OBJECIONES REPETITIVAS POR PARTE DE LOS DIFERENTES PAGADORES. 13. EJERCER APOYO EN LA RECOLECCIÓN DE SOPORTES PARA TRÁMITE DE REFACTURACIÓN O FACTURAS DE ÍNDOLE JURÍDICO QUE SEAN REQUERIDOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS. 14. REALIZAR LAS SOLICITUDES NECESARIAS AL PERSONAL ASISTENCIAL Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN QUE PERMITAN SOPORTAR LA PERTINENCIA DE LAS OBJECIONES INTERPUESTAS POR LOS PAGADORES. 15. APOYAR EL EJERCICIO Y VERIFICACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS, DE TAL MANERA QUE SE REALICE DENTRO DEL TÉRMINO LEGAL VIGENTE EN TODAS SUS ETAPAS DANDO RESPUESTA A GLOSA INICIAL POR PERTINENCIA. 16. BRINDAR OPORTUNAMENTE INFORMACIÓN Y SOPORTES SOLICITADOS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE ÁREAS EXTERNAS O ENTES DE CONTROL. 17. ENTREGAR CASOS PUNTUALES A REFERENTE DE ÁREA DE TEMAS A SOCIALIZAR CON LAS ÁREAS. 18. ARCHIVAR DOCUMENTOS A CARGO DE ACUERDO A TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR GESTIÓN DOCUMENTAL. 19. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO

CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DE CONTRATO. 20. PREPARAR Y PRESENTAR OPORTUNAMENTE FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO, RELACIONANDO ACTIVIDADES REALIZADAS CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL. 21. ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL ÁREA.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 8390273153	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/08	\$ 277.500

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/08	\$ 355.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/08	\$ 54.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 686.800
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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 PAOLA LILIANA YAGUARA MINA PS_6174_2025_8FB9AF PAOLA LILIANA YAGUARA MINA CC: 52805038		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_6174_2025_8FB9AF YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 RONALD AGUILAR GOMEZ PS_6174_2025_8FB9AF RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): PAOLA LILIANA YAGUARA MINA
No. Identificación: CC52805038
Dirección: CALLE 140B N. 112B-61
Telefono: 3102678834
Correo: paonami@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390273153

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PAOLA LILIANA YAGUARA MINA
Tipo y número de identificación	CC52805038
Número de planilla	8390273153
Fecha pago	2025-10-08
Número de autorización pago	90273153
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	686800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	54100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	355200	1
EPS008	Compensar EPS	277500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52805038
APELLIDOS Y NOMBRES: PAOLA LILIANA YAGUARA MINA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	2220000	2220000	2220000	0	277500	0	355200	0	54100	0
EPS008	25-14	2220000	2220000	2220000	0	277500	0	355200	0	54100	0