

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA			CC:	52287765
CORREO ELECTRÓNICO:	SANDYLIANI@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3155043639
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73B BIS A SUR 14A 29			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	004870340629
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1383 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div>SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA PS_1383_2025_E87571</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA CC: 52287765 CEL: 3155043639</div>					

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

SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA

CON C.C N°

52.287.765

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1383 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.016.078	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.392.286	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ
------------------------	---------------------------

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	Lleve a cabo el proceso de descarga y radicación individual de las facturas enviadas a la Secretaría de Salud, correspondientes a las cuentas de usuarios vinculados e irregulares.
2	Realice seguimiento diario a la facturación pendiente por radicar, con el fin de garantizar su oportuna gestión y evitar represamientos.
3	Efectue la revisión y control de los correos electrónicos recibidos, atendiendo solicitudes de radicación, remisiones, radicaciones ya enviadas y actualizaciones de cuentas para el adecuado seguimiento de radicación (incluyendo cuentas médicas y facturación no radicada por vigencias anteriores).
4	verifique las relaciones de envío recibidas para realizar el control de radicación ante las EPS. Estas relaciones deben contener el detalle de las facturas generadas y entregadas, así como los soportes de devolución, en los casos en los que las EPS rechazaban documentación.
5	Genere y consolide relaciones de envío para cada una de las facturas que se encontraban en proceso de radicación, lo que permite hacer seguimiento a las respuestas emitidas por las entidades frente a las facturas enviadas, incluyendo glosas y devoluciones.
6	Efectué seguimiento diario al estado de la facturación al mes que corresponda, así como lo pendientes de meses anteriores.
7	Envíe múltiples comunicaciones electrónicas a las entidades para compartir las facturas radicadas y recopilar sus respuestas, permitiendo elaborar informes de gestión y control
8	Gestione, durante el mes, la ruta para la entrega física de facturación a las EPS, especialmente aquellas ubicadas fuera de la ciudad de Bogotá, asegurando el cumplimiento de los plazos establecidos por los operadores logísticos
9	Lleve a cabo la radicación de facturas y envío de soportes a través de correo electrónico, cumpliendo con los requerimientos de diferentes entidades del régimen subsidiado y contributivo, y las solicitudes de otras áreas.
10	Realice seguimiento a la ejecución contractual de los contratos de cápita de las EPS Famisanar, Sanitas, Coosalud y Capital Salud, con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones pactadas, identificar alertas tempranas y generar recomendaciones para la optimización de los procesos de facturación.
11	Realice la entrega de radicados al área de cartera en formato físico y formato pdf ale mes que corresponda como también realizo el acta de pendiente por radicar para reportar en los indicadores de gestión 2025.
12	Apoye diferentes solicitudes en cuanto informes que solicitan de otras areas

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 90912386	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	LA EQUIDAD	2025/11/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

- 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	<div><i>SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA</i> <i>PS_1383_2025_E87571</i></div> <div>SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA CC: 52287765</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><i>YAMILE CANO HERRERA</i> <i>PS_1383_2025_E87571</i></div> <div>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> <i>PS_1383_2025_E87571</i></div> <div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>