

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	IBETH ROCIO HOYOS MONTOYA	CC:	1023928648
CORREO ELECTRÓNICO:	IBETH.HOYOS93@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3173822397
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31C 1A 59 SUR	CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA: CORRIENTE	N° CUENTA:

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7999 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 681.105
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/24	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/24 AL 2025/11/30		



IBETH ROCIO HOYOS MONTOYA
PS_7999_2025_903F24

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

IBETH ROCIO HOYOS MONTOYA

CC: 1023928648

CEL: 3173822397

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

IBETH ROCIO HOYOS MONTOYA

CON C.C N°

1.023.928.648

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7999 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/24
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 681.105	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 681.105	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 681.105
---	------------	--	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) DIAS
--	-----------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
-------------------------------	------------------------------------

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)

ITEM	<p>1</p> <p>Se revisó la base entregada de Maos correspondiente a los periodos agosto y septiembre 2025, se recibe capacitación de bases correspondientes a los especialistas de otorrino, neurología y gastroenterología. los terceros diligenciaron los campos del Formato base de auditoría por pagar terceros (entidades) AP-CR-FT-026 y se garantizó que el Paquete, No, Contrato, Código, Nombre de la UPSS, Especialidad, Mes Facturado, Nombre del Especialista, Fecha de Radicación en la oficina de Cuentas Medicas por Pagar, Fecha del Procedimiento, Fecha de la Factura de la UPSS, Ingreso, Pagador, Valor Factura Tercero, Valor Factura Subred Centro Oriente, Tipo de Intervención, Unidad de Negocio/Sector, Actividad o Procedimiento, Código Actividad, Cantidad, Nombre de Paciente, Documento de Identificación y Edad estuvieran bien diligenciados.</p> <p>Se auditaron que cada una de las actividades cobradas de los terceros MAOS revisando las descripciones quirúrgicas que se encuentran en las historias clínicas de dinámica</p> <p>Se verificaron en archivos planos las Facturas Confirmadas, EPS, Fecha de la Factura, Ingreso, Documento y Nombre, comparando con lo diligenciado en el Formato base de auditoría por pagar terceros (entidades) AP-CR-FT-026, se buscaron en sistema usuarios Hospitalizados verificando fecha del servicio y valor liquidado.</p> <p>Se porta el Carnet Institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.</p> <p>Se informa sobre las actividades realizadas de los terceros MAOS y especialistas del mes actual, se consolida información de certificaciones realizadas.</p> <p>Participe en reuniones de plan de trabajo a desarrollar y mejoras con diferentes áreas de la SUBRED y con los Terceros.</p>
-------------	--

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 (2025-11-24) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		\$ 0

PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0


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	 <p style="text-align: right;"><i>IBETH ROCIO HOYOS MONTOYA</i> <i>PS_7999_2025_903F24</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p>IBETH ROCIO HOYOS MONTOYA CC: 1023928648</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: right;"><i>CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ</i> <i>PS_7999_2025_903F24</i></p> <hr style="width: 100%;"/> <p>CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>