

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ		CC:	1023005701	
CORREO ELECTRÓNICO:	JDIAZCHA95@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3227617766	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2B ESTE 90 20 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	09473162048

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5069 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.227.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/11	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ
PS_5069_2025_4E557E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ

CC: 1023005701

CEL: 3227617766

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

JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ

CON C.C N° **1.023.005.701**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL 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 5069 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/03/11

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.958.984 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 36.775.944 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 4.227.120

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS NUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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 REALICE SEGUIMIENTO A INGRESOS ABIERTOS, NOTIFICANDO A FACTURADORES CONTESTE FORMATOS DE PQRS REQUIERIDAS, IMPUESTAS A FACTURADORES DEL AREA CONTESTE CORREOS SEGÚN SOLICITUD DE CADA AREA DE SEGUIMIENTOS A TRABAJO SE REALIZA ACOMPAÑAMINETO A FACTURADORES Y TECNICOS, EN PROCESO DE FACTURACION SE VERIFICAN DIVERSA DRIVES EN LA CUALES SE CONSIGNAN INFORMACION DE INCONSISTENCIAS, ARMADO ENTRE OTRAS SE REALIZA SEGUIMIENTO A PAGARES Y LT REPORTADOS POR EL AREA DE TESOREIA ASISTI A REUNIONES COMPENTES AL CARGO PARA DEFICION DE PROCESOS CON LAS AREAS SOLICITANTES REALICE NOTAS CREDITOS SOLICITADAS POR EL AREA DE ARMADO DE CUENTAS GENERE REPORTES SOBRE PRODUCCION Y FACTURACION DEL PERSONAL, PARA SEGUIMIENTO DE INGRESOS CUMPLI CON LAS OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES SEGÚN EL CONTRATO

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° 9493326544	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/12	\$ 213.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 273.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 41.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 528.400

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



JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ

PS_5069_2025_4E557E

JEYSON ALEJANDRO DIAZ CHAVEZ

CC: 1023005701

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_5069_2025_4E557E

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_5069_2025_4E557E

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO