

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ		<b>CC:</b>	1012438799
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	JULYNATHALIAC@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3014867005
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 78 BIS B 58 M SUR 45		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 488411637769

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 6122 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4.227.120
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/08/04	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



*JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ*  
*PS\_6122\_2025\_390B70*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ**

**CC: 1012438799**

**CEL: 3014867005**

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

**JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ**

CON C.C N°

1.012.438.799

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 6122 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/08/04

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 4.227.120 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 16.908.480 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 4.227.120

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO (4) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

**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	Se realiza seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas.
2	Se realizo gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios disponibles, para aplicación de traslados de saldos en el aplicativo Dinamica Gerencial
3	Elaboración de Notas credito por ajustes de miles de pesos.
4	Programación y cumplimiento de citas de conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro de cartera a las entidades a cargo.
5	Asistencia y seguimiento a mesas de flujo de recursos programadas por la Superintendencia de Salud.
6	Hacer seguimiento a las diferentes mesas de trabajo para conciliación de glosas y devoluciones de los pagadores a cargo.
7	Organización y mantenimiento del archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente.
8	Gestión a la respuesta de Cobro Coactivo de las empresas a cargo.
9	Organizar el archivo de las entidades
10	Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte de los diferentes entes de control, proponiendo estrategias y correctivos que se consideren convenientes para el mejoramiento del proceso y el logro de los objetivos institucionales
11	Realizar actas de de reunion
12	Asistencia a mesas de trabajo programadas para depuración de cartera con los responsables de pago a cargo.
13	Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte del jefe de area.

**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° 91420476	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/18	\$ 366.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 469.100

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/18	\$ 71.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 907.100
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
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			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ</i> <i>PS_6122_2025_390B70</i></p> <hr/> <p><b>JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ</b> <b>CC: 1012438799</b></p>		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ</i> <i>PS_6122_2025_390B70</i></p> <hr/> <p><b>GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> <i>PS_6122_2025_390B70</i></p> <hr/> <p><b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>		