

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LUDY YICED HERNANDEZ LEON		<b>CC:</b>	52899096	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	LUDY.YYF@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3208060951	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 32 BIS SUR 4B 29		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	008400739309

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7264 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.672.026
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/09/28	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



LUDY YICED HERNANDEZ LEON  
PS\_7264\_2025\_7074AD

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

LUDY YICED HERNANDEZ LEON

CC: 52899096

CEL: 3208060951

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

**LUDY YICED HERNANDEZ LEON**

**CON C.C N° 52.899.096**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7264 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/09/28</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.939.228	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 5.611.254	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.672.026
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS:** TRES (3) 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	Realicé seguimiento a los ingresos asignados para su respectivo cierre
2	Realicé la verificación de los procedimientos, medicamentos, insumos y demas actividades registrados en la historia clínica contra lo cargado en los ingresos asignados
3	Verifiqué los soportes de autorizacion pestaña de requerimientos en el sistema de información DGH
4	Verifiqué el cargue y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clínica para su respectivo cobro a la ERP
5	Revisé que las tarifas correspondan a lo contratado con las diferentes ERP
6	Informé y/o socialicé al profesional encargado las novedades presentadas durante el desarrollo de mis actividades
7	Revisé que los soportes de la cuenta trabajada estuviesen cargados en los diferentes aplicativos y/o herramientas de ayuda del sistema de información DGH reportando las novedades evidenciadas
8	Generé las facturas y/o registros de servicios de los pacientes asignados en el drive verificando (según aplique) el cargue de sus repectivos soportes en la pestaña de requerimientos del sistema de información DGH
9	Realicé las correcciones reportadas por los tecnólogos auditores y/o profesional encargada
10	Apoyé los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caídas del sistema y bases de datos reportandole al profesional encargado
11	Asistí a dos reuniones programadas por el área y a las capacitaciones realizadas por el prupo de auditoria de cuentas

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 91417258	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	COMPENSAR	2025/11/14	\$ 178.000
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR	2025/11/14	\$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/14	\$ 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 período correspondiente			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>LUDY YICED HERNANDEZ LEON</i> <i>PS_7264_2025_7074AD</i> <hr/> <b>LUDY YICED HERNANDEZ LEON</b> <b>CC: 52899096</b>		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <i>YAMILE CANO HERRERA</i> <i>PS_7264_2025_7074AD</i> <hr/> <b>YAMILE CANO HERRERA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> <i>PS_7264_2025_7074AD</i> <hr/> <b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>		