

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NASLY YUSELLY FORERO VEGA		CC:	52199117	
CORREO ELECTRÓNICO:	NFORERO.IPS.HCO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3197787907	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 8 BIS B 81 29		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	04564107021

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4612 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



NASLY YUSELLY FORERO VEGA
PS_4612_2025_BD7155

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NASLY YUSELLY FORERO VEGA

CC: 52199117

CEL: 3197787907

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

NASLY YUSELLY FORERO VEGA

CON C.C N°

52.199.117

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI'N FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 4612 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/02/07

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 4.898.714 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 31.618.974 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.672.026

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOCE (12) 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 de los facturadores de urgencias 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 a facturar 3. Verifiqué el cargue y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clínica coincidieran para su respectivo cobro a la ERP 4. Reporté a cada facturador las novedades encontradas en el momento de la revisión de las prefacturas asignadas 5. Desde la actividad que desarrollo verifiqué que los ingresos asignados fueran cerrados oportunamente para su posterior radicación 6. 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 7. Realicé el acompañamiento, soporte y retroalimentación a los facturadores con el fin de subsanar las novedades durante cada jornada 8. Socialicé a cada facturador las novedades reportadas en el DRIVE de armado 9. Revisé los ingresos reportados con novedad y solicitud de anulación 10. Participé de las reuniones del área y recibí las socializaciones eviadas por los grupos del área

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91638760	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/10	\$ 178.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 228.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.300

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 ningún 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



NASLY YUSELLY FORERO VEGA

PS_4612_2025_BD7155

NASLY YUSELLY FORERO VEGA

CC: 52199117

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_4612_2025_BD7155

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_4612_2025_BD7155

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52199117	NASLY YUSELLY FORERO VEGA		cil 8 bis b 81 29 piso 3	0000000	foreroveganasily@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91638760	\$442.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	6	700	0	178.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	6	200	34.900			347	34.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.700
Pensión	1	227.800	228.700
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	442.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52199117	NASLY YUSELLY FORERO VEGA		cll 8 bis b 81 29 piso 3	0000000	foreroveganasy@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91638760	\$442.300		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	52199117	FORERO VEGA NASLY YUSELLY	57	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4612 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 4612 2025 CRP-12486.pdf	2 PS 4612 2025 CRP-12486.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 4612 2025 CRP-19657.pdf	3 PS 4612 2025 CRP-19657.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4612 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4612 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 20250001.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 4612 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >