

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YENI ROCIO AVILA RONDON		CC:	39653842	
CORREO ELECTRÓNICO:	JENNYAVILARONDON@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3138777058	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6 SUR 80 M 25 IN 11 AP 401		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488419408361

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 2801 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.299.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



YENI ROCIO AVILA RONDON
PS_2801_2025_AA7F04

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YENI ROCIO AVILA RONDON

CC: 39653842

CEL: 3138777058

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YENI ROCIO AVILA RONDON

CON C.C N° 39.653.842

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 2801 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 23.055.000 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 111.893.600 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 8.299.800

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

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	Asistí a los seguimientos de contratos citados por el area de mercadeo, donde se socializan los inconvenientes para la objeción de autorizaciones por las diferentes ERP
2	Realice reporte de las masivas de PYD(Capital Salud) , con la información enviada por el área de Facturación
3	Di respuesta a solicitudes de afiliaciones de oficio, cambio de documentos y definición de líneas de pago a las unidades de la subred Centro
4	Realice conciliación de las glosas generadas por el Fondo Financiero
5	Di respuesta a los diferentes casos reportados por cuentas medicas
6	Realize seguimiento a los pendientes generadas por las tecnicas diariamente , con el fin de reforzas las fallas del proceso y establecer puntos de control que ayude a mitigar estos pendientes
7	Apoye a la supervisión de los contratistas en la revisión cuentas de cobro de cada uno de los colaboradores de admisiones y autorizaciones
8	Asistí a mesas de trabajo de cuentas medicas

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92638410	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/14	\$ 415.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/14	\$ 531.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/14	\$ 81.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.027.600

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



YENI ROCIO AVILA RONDON

PS_2801_2025_AA7F04

YENI ROCIO AVILA RONDON

CC: 39653842

FIRMA DE QUIEN VALIDA



CAROLINA RICO RICO

PS_2801_2025_AA7F04

CAROLINA RICO RICO

SUPERVISOR ALTERNO

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



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_2801_2025_AA7F04

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

