

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO			CC:	1019071484
CORREO ELECTRÓNICO:	WENDYJTRIAN@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3224540820
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 127A BIS 89 14			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488435719338

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 7261 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.143.560
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/26	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO  
PS\_7261\_2025\_900012

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO

CC: 1019071484

CEL: 3224540820

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

WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO

CON C.C N°

1.019.071.484

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO 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 7261 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/09/26

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 3.667.487 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 16.241.727 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.143.560

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CINCO (5) 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 Descargué del sistema de información DGH los reportes necesarios para la distribución y auditoría de las cuentas por parte del grupo encargado 2. Realicé los cruces respectivos para el seguimiento a las actividades realizadas en hospitalización, medicamentos y quirúrgicas 3. Se realizó la socialización a las áreas asistenciales de las novedades encontradas durante las auditorías realizadas a las cuentas de hospitalización 4. Reporté las novedades en las tarifas según la contratación con la ERP evidenciadas durante la auditoría realizada a las facturas de venta 5. Se gestionó mediante mesas de trabajo, reportes en DRIVE y correos electrónicos el seguimiento a las inconsistencias evidenciadas y solicitadas por referente a cargo 6. Se reportó a la persona encargada del proceso de parametrización las novedades durante las auditorías realizadas para el periodo 7. Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades en contratadas durante el proceso de auditoría en descripciones quirúrgicas, epicrisis sin confirmar en el sistema de información DGH, administración de medicamentos 8. Socialicé a los profesionales del área las novedades encantaradas durante el proceso de seguimiento de auditoría 9. Apoyé los diferentes procesos dentro del área de facturación (refacturación, auditoría, seguimientos) 10. Asistí a una reunión y participe en las capacitaciones y/o retroalimentaciones al personal de central de liquidación hospitalización, realice apoyo en facturación de cuentas de la central de liquidación.

**III. VERIFICACIÓN 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° 4190195	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/08	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/08	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/08	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

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 periodo correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO

PS\_7261\_2025\_900012

**WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO**

**CC: 1019071484**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



YAMILE CANO HERRERA

PS\_7261\_2025\_900012

**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\_7261\_2025\_900012

**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**