

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES		CC:	1007413418	
CORREO ELECTRÓNICO:	SUAREZDAHIAN@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3014854090	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 26A 12B 31		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488411106625

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7289 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.893.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/30	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES
PS_7289_2025_8902ED

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES

CC: 1007413418

CEL: 3014854090

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

DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES

CON C.C N°

1.007.413.418

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 7289 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/09/30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 4.023.180 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 19.596.780 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.893.400

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 Se realiza acompañamiento diario y auditoría a los analistas del área de armado. Se realiza apoyo al analista, para la solución de inconvenientes y dudas que impiden el cobro de los procedimientos y cargos realizados al paciente, así como la generación oportuna de las facturas y registros de servicios. Se verifico la anulación de facturas, notas de crédito, notas de débito y soportes. Se realiza seguimiento a las facturas anuladas garantizando que sean reemplazadas inmediatamente mediante refacturaciones. Se descarga los informes necesarios del sistema de información que permitan evidenciar las facturas radicadas y las que faltan por radicar. Se realiza participación en todas las reuniones y capacitaciones programadas por la subred. Se realiza la descarga, de los informes necesarios desde el aplicativo dinámico gerencial. Se realiza cruces de información, verificando la facturación radicada. Se realizan cortes de la información verificada semanalmente, para el reporte de facturación pendiente por radicar. Se informe al referente encargado del área, los motivos por los cuales no se logra la radicación, antes de los tiempos estipulados. Se realizarán las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Se realiza seguimiento a los formularios y hojas de cálculo correspondientes al área de armado, devoluciones, refacturación y anulación.

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° 92540049	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/02	\$ 194.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/02	\$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	\$ 38.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 481.900

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



DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES

PS_7289_2025_8902ED

DAYAN ANDREA SUAREZ CHAVES

CC: 1007413418

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_7289_2025_8902ED

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_7289_2025_8902ED

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO