

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ			CC:	1022933091
CORREO ELECTRÓNICO:	DCPOVEDA19@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3134141466
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 97 SUR 3 22			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488418612401
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3186 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.225.960	
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				
 DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ PS_3186_2025_66A9A7 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ CC: 1022933091 CEL: 3134141466					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ				
CON C.C N°			1.022.933.091	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD 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 3186 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.677.880	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 45.163.440	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.225.960	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ			
ITEM	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	1. Diligencie relación de las facturas devueltas, matriz asignación y seguimiento a la respuesta y radicación devoluciones de acuerdo a la normatividad vigente, para al cierre de mes tener totalmente claro y tramitado lo que corresponde a respuesta de devoluciones con su respectivo análisis y radicación ante las ERP.			
2	2. Realice cruces contables para conciliación enviados por las Entidades Responsables de Pago, reportando inconsistencias encontradas en el cruce contable a las áreas correspondientes según el caso, facturas en estado de glosa y que no corresponde a devolución, facturas en estado 2 y facturas con diferencias de saldos, hacer seguimiento de las mismas hasta que estén listas para conciliar. y notificarlos a los funcionarios a cargo de las entidades en el área de cartera.			
3	3. Aliste y verifique los soportes pertinentes que se requieran para conciliación ante las Entidades Responsables de Pago, validar tarifas y términos contractuales para realizar conciliaciones de las devoluciones con las diferentes Entidades Responsables de Pago asegurando que se ajusten a las normas técnicas y científicas vigentes, dentro de tiempos oportunos con el fin de optimizar la disponibilidad de recursos de la institución.			
4	4. Realice la conciliación de devoluciones, presencial o virtual con la Entidades Responsables de Pago de acuerdo con la programación o cronograma de conciliación.			
5	5. Realice oficios de poder solicitarlos por las Entidades Responsables de pago para las conciliaciones, solicitar al área financiera el presupuesto requerido y garantizar que queden autenticados.			
6	6. Apoye el ejercicio y verificación del proceso de respuesta y gestión de las devoluciones, de tal manera que se realice dentro del término legal vigente en todas sus etapas dando respuesta a la devolución.			
7	7. Entregue las actas de conciliación al área de cartera en PDF y Excel vía correo electrónico y archivar en la AZ correspondiente.			
8	8. Elabore y concilie la cantidad de facturas y valores objetados como devolución en formato conciliación de recepción de objeciones como devolución.			
9	9. Elabore y valide diferencias de Notas Crédito vs Valores Aceptados en actas de conciliación para posterior firma de conciliación trimestral con el área de Cartera. Informe de Notas crédito realizadas por el área de devoluciones			
10	10. Asisti a reuniones agendadas durante este tiempo			
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° 92581280		OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		SANITAS	2026/01/20	\$ 178.000
PENSIÓN:		COLPENSIONES	2026/01/20	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR	2026/01/20	\$ 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ PS_3186_2025_66A9A7 DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ CC: 1022933091
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_3186_2025_66A9A7 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_3186_2025_66A9A7 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO