

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNYFER MANTILLA BUSTOS		CC:	1024526093	
CORREO ELECTRÓNICO:	MANTILLA.B.J92@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3195524514	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 41A BIS 62 SUR 16		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91210210682

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5950 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.672.020
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



JENNYFER MANTILLA BUSTOS

PS\_5950\_2025\_10D3BC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JENNYFER MANTILLA BUSTOS

CC: 1024526093

CEL: 3195524514

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**JENNYFER MANTILLA BUSTOS**

**CON C.C N° 1.024.526.093**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5950 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/07/16</b>
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.097.107	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 20.129.263	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.672.026
<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES		

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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)**

<b>ITEM</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. RECEPCIONE A DIARIO LAS FACTURAS GENERADAS Y ORGANIDAS POR PAGADOR.</li> <li>2. VERIFIQUE CONTRA HISTORIA CLÍNICA QUE SE ENCUENTREN FACTURADOS Y REGISTRADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL USUARIO ATENDIDO.</li> <li>3. REALICE LIQUIDACIÓN Y CARGUE DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y ACUERDO DE VOLUNTADES CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)</li> <li>4. VERIFIQUE QUE LAS FACTURAS CONTENGAN LAS TARIFAS Y SOPORTES DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y ACUERDO DE VOLUNTADES CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)</li> <li>5. REALIZAR Y CONSOLIDAR LAS CAUSALES DE DEVOLUCIONES DE LAS FACTURAS ELECTRÓNICAS DE VENTA(FEV) O REGISTROS DE SERVICIO, PARA CORRECCIÓN DE FORMA OPORTUNA.</li> <li>6. GENERE LAS RELACIONES DE ENVÍO Y SOLICITUD DE RIPS OPORTUNAMENTE, POR CADA UNA DE LAS FEV A RADICAR A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.</li> <li>7. GARANTICE LA RADICACIÓN OPORTUNA DE LA FACTURACIÓN DE LAS ENTIDADES ASIGNADAS, DE ACUERDO A LAS FECHAS PROGRAMADAS.</li> <li>8. INFORME OPORTUNAMENTE A LA COORDINACIÓN DE FACTURACIÓN LAS RAZONES QUE PODRÍAN DIFICULTAR O LA NO RADICACIÓN OPORTUNA DE LAS FACTURAS.</li> <li>9. REGISTRE Y SUBI LAS FACTURAS Y SOPORTES EN LOS APLICATIVOS WEB DISPONIBLES POR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO, PARA RADICACIÓN DE FACTURAS.</li> <li>10. REALICE ACOMPAÑAMIENTO A LOS FACTURADORES QUE SE ENCUENTRAN EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN, GARANTIZANDO LOS SOPORTES NECESARIOS PARA LA RADICACIÓN EFECTIVA ANTES LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.</li> <li>11. DI RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES DE FACTURAS DE FORMA OPORTUNA Y DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.</li> <li>12. BRINDE EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DGH Y BASES DE DATOS.</li> <li>13. REALICE ACTUALIZACIÓN EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS</li> <li>15. REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.</li> <li>14. PARTICIPE EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.</li> <li>15. REALICE ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO.</li> </ol>
-------------	---

**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.**

<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	<b>X</b>	
<b>2</b>	¿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?	<b>X</b>	

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° 9496642174	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/06	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/06	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/06	\$ 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 periodo correspondiente

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <i>JENNYFER MANTILLA BUSTOS</i> PS_5950_2025_10D3BC <hr/> <b>JENNYFER MANTILLA BUSTOS</b> <b>CC: 1024526093</b>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <i>YAMILE CANO HERRERA</i> PS_5950_2025_10D3BC <hr/> <b>YAMILE CANO HERRERA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_5950_2025_10D3BC <hr/> <b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 1024526093		MANTILLA BUSTOS JENNYFER	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Salud	Clave	Tipo
2026-01	62829449	9499058570	I
Sucursal Principal		Fecha	Pago
PRINCIPAL		2026/02/20	2026/02/16
Direccion		Banco	Valor
CRA 43A #62-04SUR		BANCOLOMBIA	\$541,800
Ciudad-Departamento		Dias Mora	
BOGOTA-BOGOTA D.E.		0	
Teléfono		Exonerado SEMA e ICBF	No
8106633			

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
<b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0	
1 CC 1024526093 MANTILLA-JENNYFER 230101					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	