

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO			CC:	1015449880
CORREO ELECTRÓNICO:	HENRYMBOG@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3188473761
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 70A 74A 42			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000570110379
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6165 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 6.226.865
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				



HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO
PS_6165_2025_5A4E27

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO
CC: 1015449880
CEL: 3188473761

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO				
CON C.C N°			1.015.449.880	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 6165 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/06
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.396.616	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 42.757.808	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.226.865	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	SE REALIZO LA COORDINACION DE LAS ACTIVIDADES DE ANALISTAS CON EL FIN DE SOPORTAR TODAS LAS ACTIVIDADES FACTURADAS			
2	SE MANTUVO COMUNICACIÓN CONSTANTE CON LOS PROFESIONALES DE APOYO DEL ÁREA DE FACTURACIÓN Y DEMÁS ÁREAS, PARA GARANTIZAR LOS SOPORTES FALTANTES DE LAS FACTURAS GENERADAS EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS.			
3	SE REALIZO REPORTE DE LAS NOVEDADES DE SUPERVISIÓN PARA CERTIFICACIÓN DE PAGOS A LOS CONTRATISTAS			
4	SE DESCARGARON LOS REPORTES NECESARIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE PERMITAN EVIDENCIAR LAS FACTURAS ENTREGADAS, Y LAS FACTURAS FALTANTES			
5	SE REVISO QUE CADA FACTURA CONTENGA LOS SOPORTES CONTEMPLADOS EN LA NORMATIVIDAD Y/O ACUERDO DE VOLUNTADES VIGENTES			
6	SE HIZO ENTREGA DE LOS ARCHIVOS O ANEXOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD Y/O ACUERDO DE VOLUNTADES VIGENTES			
7	SE CARGARON A LAS PÁGINAS WEB DE RADICACIÓN LAS FACTURAS Y SOPORTES ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD Y/O ACUERDO DE VOLUNTADES VIGENTES.			
8	SE REALIZA GESTION PARA LA OBTENCIÓN DE SOPORTES DE RADICACIÓN DE LA FACTURACIÓN, DONDE SE EVIDENCIA LA ACEPTACIÓN EXPRESA Y TACITA DE LA FACTURA POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO			
9	SE CUMPLIERON CON LAS FECHAS DE RADICACIÓN DE LAS FACTURAS ANTE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO			
10	SE REALIZA EL DESCARGUE, DEPURACIÓN, CRUCE Y VALIDACIÓN DE LOS ARCHIVOS RIPS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD Y/O ACUERDO DE VOLUNTADES VIGENTES.			
11	SE CONSOLIDARON LOS RIPS DE TODAS LAS ENTIDADES PARA PRESENTAR A LA DIRECCIÓN DEL RIESGO Y ENTES QUE LO SOLICITEN			
12	SE PRESENTARON LOS INFORMES QUE POR NORMATIVIDAD SE DERIVAN DE LOS RIPS COMO CIRCULAR 029 ENTRE OTROS			
13	SE REALIZA RECEPCION, RESPUESTA DE LAS DEVOLUCIONES GENERADAS POR CONCEPTO DE SOPORTES O RIPS QUE REALICEN LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.			
14	SE GENERAN INFORMES REQUERIDOS EN CUANTO AL PROCESO DE RADICACIÓN, RIPS O DEVOLUCIONES			
15	SE REPORTAN LAS FACTURAS NO RADICADAS, CAUSAL DE NO RADICACIÓN Y PRESUNTO RESPONSABLES			
16	SE REALIZA ACTUALIZACIÓN EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS			
17	SE REALIZA PARTICIPACION EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.			
18	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SEGÚN FUE DESIGNADO.			
19	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS CONTRATOS QUE FUERON ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR.			
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° 3436002	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/22	\$ 311.400	
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/22	\$ 398.600	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/22	\$ 60.800	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 770.800	

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	 HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO PS_6165_2025_5A4E27 HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO CC: 1015449880
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_6165_2025_5A4E27 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_6165_2025_5A4E27 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO