

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

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 1893 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.266.749
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28		



DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ  
PS\_1893\_2026\_081522

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 1893 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/02</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 13.550.960	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 13.550.960	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.266.749
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO ( 4 ) 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)

1	Revise, Analice y distribuí las causales de objeciones y devoluciones notificadas por las EAPB a las cuentas presentadas y radicadas por la SISSCO, para obtener claridad en las mismas, identificar los responsables de pago, con el fin de favorecer la recuperación de los recursos por servicios prestados.
2	Verifique en el sistema de información y los aplicativos de consulta de los terceros los soportes administrativos o asistenciales para el trámite de respuesta de las glosas y devoluciones. En caso de ausencia de soportes en el sistema de información solicitar al área correspondiente vía correo para dar respuesta completa a las objeciones.
3	Consolide los soportes y elabore respuesta a glosa inicial y respuesta a devoluciones en el sistema de información donde se debe analizar los soportes recibidos a partir del motivo de glosa inicial y devolución, dar justificación con el argumento pertinente según sea el caso, de acuerdo a los códigos establecidos en la Resolución de Glosas del Ministerio de Salud.
4	Di respuesta a reiteraciones y adicional solicitar citas de conciliación por email y/o plataforma, hacer seguimiento a estados de facturas y saldos de los cruces contables antes de iniciar conciliación con los pagadores.
5	Apoye conciliaciones con los soportes que se requieran y asegurar al cierre de cada conciliación la verificación administrativa de facturas y valores conciliados.
6	Brinde oportunamente información y soportes solicitados que se quieran para el cumplimiento de entrega de información de acuerdo con los requerimientos de áreas externas o entes de control.
7	Prepare y presente oportunamente formato informe y cuenta de cobro, relacionando actividades realizadas con sus respectivos soportes para dar cumplimiento a la obligación contractual.
8	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.

**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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 41583350	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
-------------------------	-------------	------------------	-------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/16	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/16	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/16	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.800</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 ningún 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ</i> <i>PS_1893_2026_081522</i></p> <hr/> <p><b>DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ</b> <b>CC: 1022933091</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>YAMILE CANO HERRERA</i> <i>PS_1893_2026_081522</i></p> <hr/> <p><b>YAMILE CANO HERRERA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> <i>PS_1893_2026_081522</i></p> <hr/> <p><b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>