

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MONICA ALEJANDRA ROZO BELTRAN		CC:	1000349323	
CORREO ELECTRÓNICO:	MONICA.ROZO.BELTRAN04@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3214334491	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 48J SUR 1 96		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91251543793

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1750 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.244.973
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		



MONICA ALEJANDRA ROZO BELTRAN
PS_1750_2026_1C2154

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MONICA ALEJANDRA ROZO BELTRAN

CC: 1000349323

CEL: 3214334491

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

MONICA ALEJANDRA ROZO BELTRAN

CON C.C N°

1.000.349.323

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I 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 1750 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.312.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.312.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.244.973
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAN JORGE
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	REALICE LLAMADO DEL PACIENTE A VENTANILLA DE ACUERDO CON ORGANIZACION Y DIGITURNO ENTREGADO POR EL ORIENTADOR		
2	VERIFIQUE LAS ORDENES MEDICAS Y AUTORIZACION FISICA QUE PRESENTA EL PACIENTE PARA SU ATENCION POR CONSULTA EXTERNA, SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE		
3	VERIFIQUE DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION DEL USUARIO Y ADJUNTAR A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACION LOS SOPORTES DE VERIFICACION DE DERECHOS.		
4	REVISE Y VALIDE SERVICIOS RESPECTO A FRECUENCIAS DE USO, GRUPO ETARIO, GENERO Y SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE5		
5	ACTUALICE DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.		
6	REALICE LA FACTURACION DE LOS PACIENTES QUE NO REQUIERAN CANCELAR COPAGOS O CUOTAS DE RECUPERACION, PREVIAMENTE A LA ATENCION MEDICA, PARA DISMINUCION DE FILAS EN SALAS DE ESPERA.		
7	GENERE FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y SOPORTAR CON LA DOCUMENTACION QUE PRESENTA EL USUARIO SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE		
8	RECEPCIONE DINERO, GENERE RECIBO DE CAJA Y ENTREGUE COPIA AL USUARIO DE ACUERDO CON LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.		
9	REALICE CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.		
10	GENERE CITAS A LOS PACIENTES QUE REQUERIAN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGIA, LABORATORIO, ETC		

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

No. DE PLANILLA:	N° 41691546	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/02/11	\$ 219.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/11	\$ 281.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/11	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 543.600



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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>MONICA ALEJANDRA ROZO BELTRAN</i> PS_1750_2026_1C2154</p> <hr/> <p>MONICA ALEJANDRA ROZO BELTRAN CC: 1000349323</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p><i>YAMILE CANO HERRERA</i> PS_1750_2026_1C2154</p> <hr/> <p>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_1750_2026_1C2154</p> <hr/> <p>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>