

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA MARIA RUIZ ACOSTA			CC:	1024491448
CORREO ELECTRÓNICO:	LAMARUAC@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3227191557
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73 B SUR 34 B 20			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4662021116
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1663 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.341.401	
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				
 LAURA MARIA RUIZ ACOSTA PS_1663_2026_0C7247 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA MARIA RUIZ ACOSTA CC: 1024491448 CEL: 3227191557					

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

LAURA MARIA RUIZ ACOSTA

CON C.C N°

1.024.491.448

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II 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 1663 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.712.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.712.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.341.401
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

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	Verifique en todas las bases de datos (ADRES, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados
2	Subí las autorizaciones de las urgencias reportadas a cada una de las ERP en el sistema de Información Dinámica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realice la actualización periódica del paciente durante la estancia en la institución
3	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION para definir linea de pago, y seguimiento de los pacientes ingresados por urgencias
4	Realice cambios de pagadores según verificación ante cada una de las EPS
5	Relacione en el DRIVE (dispuesto para gestión de autorizaciones de Urgencias), todos los ingresos a los cuales se les debe realizar la gestión de autorizaciones, el cual se debe gestionar e identificar con la semaforización
6	Generar reportes diarios periódicamente (cada 1/2 hora) Dinámica Gerencial- AD - INGRESOS CANTIDAD DE INGRESOS ABIERTOS POR RANGO DE FECHA, para identificar los pacientes que les realiza separación de ingresos por el servicio de urgencias
7	Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y así dar continuidad a la consecución de las mismas.
8	No se realizó gestión al 100% de las pendientes reportadas por las técnicas y quitar la gestión pendiente.
9	Asistí a la capacitación de SDS el día 17/02/2026
10	Asistí a la capacitación soportes ADRES y SOAT el día 25/02/2026

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° 43955224	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2026/02/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 LAURA MARIA RUIZ ACOSTA PS_1663_2026_0C7247 LAURA MARIA RUIZ ACOSTA CC: 1024491448		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YENI ROCIO AVILA RONDON PS_1663_2026_0C7247 YENI ROCIO AVILA RONDON SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_1663_2026_0C7247 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		43955224	10/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	\$0	\$541,800	

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS008	Compensar EPS	86006942-7
		218.900

Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0		280.200	1

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	42.700

Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
0	42,700			427	42,700	1

Código CCF	Nombre
------------	--------

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LIMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218,900	218,900
Pensión	1	280,200	280,200
Riesgos Laborales	1	42,700	42,700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541,800	541,800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	102491448	LAURA MARIA RUIZ ACOSTA		CALLE 74C 34B 20 SUR	7165665	lamaruac@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		43955224	10/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	\$0	\$541,800	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]