


**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>DANCERY LISETH AMAYA PORRAS</b>		<b>CC:</b>	<b>1012411085</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>LIZETH.AMAYA1012@GMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3204931449</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>KR 81 C 58 L 62 SUR</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO DAVIVIENDA S.A.</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>468200073756</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 3827 2026</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 1.436.550</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/04/16</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/05/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/04/16 AL 2026/04/30</b>		



*DANCERY LISETH AMAYA PORRAS*  
*PS\_3827\_2026\_223E16*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**DANCERY LISETH AMAYA PORRAS**  
**CC: 1012411085**  
**CEL: 3204931449**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**DANCERY LISETH AMAYA PORRAS**

**CON C.C N°** **1.012.411.085**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III 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 3827 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/04/16</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.405.420	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 4.405.420	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.436.550
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** UN (1) MES Y DIECISEIS (16) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** 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>1</b> | <p>1 Realice la descarga de los soportes de las facturas en pdf en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, runt y dinámica gerencial), las cuales ya cuentan con el aval de revisión.</p> <p>2 Realice la verificación de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial)</p> <p>3 Realice los reportes en la DRIVE a las unidades de las inconsistencias encontradas ya sea en el cobro de las cuentas o soportes faltantes de las facturas a soportar y radicar.</p> <p>4 Realice el reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar.</p> <p>5 Realice unificación o tipificación de los archivos magnéticos según las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos.</p> <p>6 Realice el seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades.</p> <p>7 Creación de registro de la relación de envío en el sistema dinámica gerencial según la contratación vigente o solicitud de las EAPB.</p> <p>8 Realice el seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envío en DGH.</p> <p>9 Realice la confirmación de la relación de envío en el sistema DGH.</p> <p>10 Realice la confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envíos en DGH y envío a rips de las mismas.</p> <p>11 Relice la creación y generación de la cuenta de cobro sobre el número de la relación de envío en el sistema DGH la cual se presenta a las EAPB y área de cartera.</p> <p>12 Realice la Radicación física o digital en la plataforma dispuestas por las EAPB de las relaciones de envío las cuales ya se encuentran en estado confirmado en DGH.</p> <p>13 Realice la subsanación de las inconsistencias enviadas ya sea por soporte, tipificación, facturación electrónica o validación de rips por las EAPB en el proceso de la radicación de las mismas.</p> <p>14 Realice la entrega de la relación de envío con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH.</p> <p>15 Realice las demas actividades inherentes al objeto contractual</p> |
|----------|---|

**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 (2026-04-16) AL (2026-04-30)

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

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 0</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 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>DANCERY LISETH AMAYA PORRAS</i> PS_3827_2026_223E16</p> <hr/> <p><b>DANCERY LISETH AMAYA PORRAS</b> <b>CC: 1012411085</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>YAMILE CANO HERRERA</i> PS_3827_2026_223E16</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> PS_3827_2026_223E16</p> <hr/> <p><b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>