

**DATOS DEL CONTRATISTA**

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

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>TERRY JULIANA DIAZ PEDRAZA</b>		<b>CC:</b>	<b>52938407</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>ingenieradiaz12@GMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3212381214</b>	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>KR 23C 35 47 SUR</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCOLOMBIA</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b>	<b>16800011276</b>

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 1700 2026</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 5.050.840</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/03</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/05/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30</b>		



*TERRY JULIANA DIAZ PEDRAZA*  
*PS\_1700\_2026\_1FDD0F*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**TERRY JULIANA DIAZ PEDRAZA**

**CC: 52938407**

**CEL: 3212381214**

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

**TERRY JULIANA DIAZ PEDRAZA**

**CON C.C N° 52.938.407**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 1700 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/03</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 20.203.360	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 20.203.360	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.050.840
---	---------------	--	--------------

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

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
--	---------------------------------

<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	APOYÉ EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA PROYECCIÓN FINANCIERA CON BASE EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, PROPUESTA Y PLAN DE TRABAJO PRESENTADOS POR EL SUPERVISOR DESIGNADO; A FIN DE ESTRUCTURAR EN EL FORMATO ESTABLECIDO LO RELACIONADO CON LOS COMPONENTES DE DISTRIBUCIÓN PRIMARIA DE LOS COSTOS (TALENTO HUMANO, INSUMOS HOSPITALARIOS, COSTOS GENERALES) DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS EN LA ENTIDAD
2	REALICE Y ENVIE MENSUALMENTE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL EL CRONOGRAMA PARA SEGUIMIENTO FINANCIERO A CADA SUPERVISOR DEL CONVENIO; ASÍ COMO LA SOLICITUD DE ENTREGA DE INFORMACIÓN ASOCIADA DIRECTAMENTE A LA EJECUCIÓN DEL MISMO
3	ANALICÉ, REVISÉ Y PROCESÉ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LOS SUPERVISORES DE LOS CONVENIOS Y RESOLUCIONES
4	DILIGENCIE LA INFORMACIÓN EN EL FORMATO DE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN FINANCIERA FORMALIZADO
5	ELABORE LAS ACTAS DE REUNIÓN QUE HUBIERON A LUGAR RESPECTO AL OBJETIVO DE LA REUNIÓN, TEMAS TRATADOS Y DESARROLLO DE LOS MISMOS; ASÍ COMO LOS COMPROMISOS FIJADOS.
6	EFECTÚE LA SOLICITUD DE TRASLADO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS, PRODUCTO DE LA EJECUCION DEL CONVENIO EN EL DOCUMENTO REGISTRADO
7	ELABORÉ CERTIFICADO DE CONCEPTO USO Y GIRO DE RECURSOS, RELACIONADO CON EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DEL CONVENIO DE ACUERDO AL FORMATO VIGENTE.
8	APOYÉ A LA DIRECCIÓN FINANCIERA EN LA FASE DE INICIO DE LIQUIDACIÓN DEL CONVENIO, CONCERNIENTE A LA VERIFICACIÓN DE LOS PAGOS DEL TALENTO HUMANO ASOCIADOS PARA SU CERTIFICACIÓN
9	ELABORÉ CERTIFICACIÓN DE APORTE DE LA SUBRED DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN SU RESPECTIVO FORMATO.
10	CONTROLE Y MANTUVE ACTUALIZADOS LOS ARCHIVOS MAGNÉTICOS RESPECTO A LA PROYECCIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CONVENIOS, DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR PARTE DE LOS SUPERVISORES Y EL ÁREA RESPONSABLE DE CONVENIOS.
11	PRESENTE INFORMES, ATENDÍ LAS NECESIDADES Y SOLICITUDES RELACIONADAS DESDE EL SEGUIMIENTO FINANCIERO DE LOS CONVENIOS ASIGNADOS HASTA SU FORMAL LIQUIDACIÓN.
12	APOYÉ AL ÁREA DE COSTOS EN LOS PROCESOS DE COSTEO CONFORME LO ESTABLECE LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E., SEGÚN INSTRUCCIONES DEL REFERENTE DE CONVENIOS.
13	ELABORÉ LOS INFORMES DE LAS ACTIVIDADES A CARGO TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS.
14	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

**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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

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


No. DE PLANILLA:	N° 9503046536	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/14	\$ 254.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/14	\$ 325.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/14	\$ 49.600
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 628.700</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>TERRY JULIANA DIAZ PEDRAZA</i> <i>PS_1700_2026_1FDD0F</i></p> <hr/> <p><b>TERRY JULIANA DIAZ PEDRAZA</b> <b>CC: 52938407</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>CAROLINA RICO RICO</i> <i>PS_1700_2026_1FDD0F</i></p> <hr/> <p><b>CAROLINA RICO RICO</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_1700_2026_1FDD0F</i></p> <hr/> <p><b>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	---