

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ			CC:	1007395625
CORREO ELECTRÓNICO:	valderramajhoanita@gmail.com			TELÉFONO:	3123517397
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 20F 66 91 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0996035614
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3463 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.328.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ PS_3463_2026_31515D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ CC: 1007395625 CEL: 3123517397					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ				
CON C.C N°		1.007.395.625		
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 3463 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.363.528	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.691.648	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
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	GENERÉ Y ENTREGUÉ FACTURA DE LOS SERVICIOS AGENDADOS EN LA UNIDAD UNA VEZ SE SURTIÓ EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE DERECHOS, ACORDE A LOS ESTADÍSTICOS DESCARGABLES DEL SISTEMA DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.			
2	GENERÉ Y ENTREGUÉ LOS RECIBOS DE CAJA Y ABONOS DE PAGARÉ ACORDE AL NIVEL DE ASEGURAMIENTO, CONFORME A LOS ESTADÍSTICOS DESCARGABLES DEL SISTEMA DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.			
3	REALICÉ LA ENTREGA DEL DINERO RECAUDADO EN LA VENTANILLA. SI SE PRESENTÓ ALGUNA DIFERENCIA O AUSENCIA DEL MISMO, ESTE FUE DESCONTADO DE LOS HONORARIOS QUE SE CERTIFICARON EN EL MES CORRESPONDIENTE AL FALTANTE.			
4	SUBÍ A REQUERIMIENTOS LOS SOPORTES ASOCIADOS A LA FACTURA PARA REVISIÓN.			
5	DILIGENCIÉ EL DRIVE CON LAS FACTURAS GENERADAS DÍA A DÍA, CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES, ACORDE A LOS ESTADÍSTICOS DESCARGABLES DEL SISTEMA DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.			
6	REALICÉ LOS AJUSTES REQUERIDOS POR EL ANALISTA DE CUENTAS.			
7	ACREDITÉ EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE LOS SOPORTES REQUERIDOS Y APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, COMO REQUISITO PARA EL TRÁMITE DE LA CUENTA DE COBRO CORRESPONDIENTE.			
8	DESARROLLÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES DE APOYO QUE RESULTARON NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, SIEMPRE QUE GUARDARON RELACIÓN DIRECTA CON ESTE, SE ENCONTRARON PREVIAMENTE DEFINIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y NO IMPLICARON SUBORDINACIÓN, EXCLUSIVIDAD NI EL EJERCICIO DE FUNCIONES PROPIAS DE UN EMPLEO DE PLANTA.			
9	REALICÉ LA ASIGNACIÓN, CANCELACIÓN Y REPROGRAMACIÓN DE CITAS.			
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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				

No. DE PLANILLA:	N° 77523341	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 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	DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ PS_3463_2026_31515D DEIVID JOHANNA VALDERRAMA JIMENEZ CC: 1007395625		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	YAMILE CANO HERRERA PS_3463_2026_31515D YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_3463_2026_31515D ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		