

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES			CC:	1031169384
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELBUITRAGO527@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3182622873
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 A BIS 32 21 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24090398629
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3842 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.428.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES PS_3842_2026_3462DB NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES CC: 1031169384 CEL: 3182622873					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES

CON C.C N° 1.031.169.384

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 3842 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/16
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.642.180	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.498.420	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN
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	1. Generé y/o verifiqué la apertura de los ingresos y/o admisiones en el sistema DGH y los soportes del paquete administrativo cargados por el área de autorizaciones de los usuarios a facturar 2. Informaré al área de trabajo social las novedades presentadas durante el periodo 3. Realicé la verificación y confirmación de las órdenes de servicio de los ingresos a facturar 4. Generé los egresos dentro de los tiempos establecidos en el sistema de información DGH a las salidas de los pacientes reportadas por el área asistencial 5. Entregué las salidas a los pacientes para ser presentaciones al área de seguridad 6. Generé las facturas y/o registros de servicios de los pacientes de urgencias verificando (según aplique) el cargue de sus repectivos soportes en la pestaña de requerimientos del sistema de información DGH 7. Generé los recibos de caja, y/o pagares con su correspondiente solicitud de crédito realizando la entrega de los formatos debidamente diligenciados a la persona encargada 8. Entregue el dinero recaudado en los formatos establecidos a la persona encargada del área de tesoreria 9. Apoye los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caidas del sistema y bases de datos reportandole al profesional encargado 10. Asistí a una reunión programada por el área

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9505700166	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 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, 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES

PS_3842_2026_3462DB

DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES

CC: 1031169384

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_3842_2026_3462DB

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_3842_2026_3462DB

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO