

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LIZETH VANESA CARMONA CRUZ			CC:	1013632201
CORREO ELECTRÓNICO:	VANEsacarmonadesua@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3208888113
DIRECCIÓN DOMICILIO:	ak 38 17 45			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007200732886
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1823 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.428.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 LIZETH VANESA CARMONA CRUZ PS_1823_2026_16A3C1 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LIZETH VANESA CARMONA CRUZ CC: 1013632201 CEL: 3208888113					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LIZETH VANESA CARMONA CRUZ

CON C.C N°1.013.632.201

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 SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 1823 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$9.712.480No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$14.568.720VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.428.120

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL MATERNO INFANTIL

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. GARANTICE EL RESPECTIVO COBRO AL PAGADOR CORRESPONDIENTE. 2. VERIFIQUÉ LOS SOPORTES Y AUTORIZACIONES ADJUNTOS POR EL ÁREA DE AUTORIZACIONES. 3. ESCANEE Y SUBI LAS HOJAS DE GASTOS DE INSUMOS. 4. DÍ EGRESO Y ORDEN DE SALIDA A LOS PACIENTES QUE EL ÁREA ASISTENCIAL REPORTA. 5. ADJUNTÉ EN REQUERIMIENTOS LOS SOPORTES MANUALES QUE SE GENEREN DE LA ATENCIÓN. 6. APOYÉ AL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA EN LA FACTURACIÓN Y COBRO DE COPAGOS EN LOS HORARIOS QUE NO SE ENCUENTREN EN SERVICIO.

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° 9504771332	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/11	\$ 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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



LIZETH VANESA CARMONA CRUZ

PS_1823_2026_16A3C1

LIZETH VANESA CARMONA CRUZ

CC: 1013632201

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_1823_2026_16A3C1

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_1823_2026_16A3C1

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO