

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YULY ESPERANZA FRANCO GUIO			CC:	53090788
CORREO ELECTRÓNICO:	YUESPEfRANGUI@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3226192713
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 76B SUR 78F 50			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007170606268
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1745 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.328.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 YULY ESPERANZA FRANCO GUIO PS_1745_2026_0CC04F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YULY ESPERANZA FRANCO GUIO CC: 53090788 CEL: 3226192713					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YULY ESPERANZA FRANCO GUIO

CON C.C N°53.090.788

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 1745 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.312.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.640.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA
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	REALICE LLAMADO DEL PACIENTE A VENTANILLA DE ACUERDO CON ORGANIZACION Y DIGITURNO ENTREGADO POR EL ORIENTADOR.
2	VERIFIQUE LAS ORDENES MEDICAS Y AUTORIZACION FISICA QUE PRESENTA EL PACIENTE PARA SU ATENCION POR CONSULTA EXTERNA, SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE
3	VERIFIQUE DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION DEL USUARIO Y ADJUNTAR A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACION LOS SOPORTES DE VERIFICACION DE DERECHOS
4	REVISE Y VALIDE SERVICIOS RESPECTO A FRECUENCIAS DE USO, GRUPO ETARIO, GENERO Y SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE
5	ACTUALICE DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.
6	REALICE LA FACTURACION DE LOS PACIENTES QUE NO REQUIERAN CANCELAR COPAGOS O CUOTAS DE RECUPERACION, PREVIAMENTE A LA ATENCION MEDICA, PARA DISMINUCION DE FILAS EN SALAS DE ESPERA.
7	GENERE FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y SOPORTAR CON LA DOCUMENTACION QUE PRESENTA EL USUARIO SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE
8	RECEPCIONE DINERO, GENERAR RECIBO DE CAJA Y ENTREGAR COPIA AL USUARIO DE ACUERDO CON LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
9	RECIBI E INGRESE EL SISTEMA DE INFORMACION DGH LOS ABONOS QUE REALICEN LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARES
10	REALIACE CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.
11	ENTREGUE LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO INSTRUCTIVOS Y/O PROCEDIMIENTOS DEL AREA.
12	CORREGI DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.
13	BRINDE EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES.
14	RECEPCIONE, ESCANEAR, Y ADJUNTAR A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACION LOS SOPORTES FISICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS
15	REALICE SEGUIMIENTO A LOS SOPORTES PENDIENTES Y A LA FACTURACION RADICADA EN LAS PLATAFORMAS DE LAS ERP, VERIFICANDO LOS CAMBIOS DE ESTADO Y NOTIFICANDO LAS ACTUALIZACIONES CORRESPONDIENTES EN EL SISTEMA DGH.
16	REALICE ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA O POR LA SUBRED
17	REALICE LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
18	REALICE ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO.
19	CON LA FIRMA DEL CONTRATO, EL CONTRATISTA ACEPTA QUE, AL MOMENTO DE ENTREGAR EL DINERO RECAUDADO EN LA VENTANILLA, PRESENTA ALGUNA DIFERENCIA O AUSENCIA DEL MISMO, ESTE SERA DESCONTADO DE LOS HONORARIOS QUE SE CERTIFIQUEN EN EL MES CORRESPONDIENTE AL FALTANTE.

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° 8390407036	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/23	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/23	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/23	\$ 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 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	 YULY ESPERANZA FRANCO GUIO PS_1745_2026_OCC04F YULY ESPERANZA FRANCO GUIO CC: 53090788
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_1745_2026_OCC04F 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_1745_2026_OCC04F ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO