

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIANA GIZETH LOPEZ URIBE			CC:	1018512434
CORREO ELECTRÓNICO:	ELIANA24LOPEZ@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3172657376
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 58 b sur # 22 i 16			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	22571264432
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1777 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				



ELIANA GIZETH LOPEZ URIBE
PS_1777_2026_13C86E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ELIANA GIZETH LOPEZ URIBE
CC: 1018512434
CEL: 3172657376

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

ELIANA GIZETH LOPEZ URIBE

CON C.C N°

1.018.512.434

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 1777 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 PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

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 EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH LOS ABONOS QUE REALICEN LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARES.
10	REALICE 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, ESCANIE, Y ADJUNTE 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° 9505133013	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/18	\$ 220.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/18	\$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/18	\$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 543.193

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	 ELIANA GIZETH LOPEZ URIBE PS_1777_2026_13C86E ELIANA GIZETH LOPEZ URIBE CC: 1018512434
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_1777_2026_13C86E 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_1777_2026_13C86E ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF															
CC 1018512434		LOPEZ URIBE ELIANA GIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 58 B SUR 22 I 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7310078	No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																							
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor														
2026-06	2026-06	474089917	9506686888	I	2026/07/08	2026/07/14	BANCOLOMBIA	6	\$579,600														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700			\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700			\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700			\$0		
1	CC	1018512434	LOPEZ ELIANA	230301	30		EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	30		\$0		
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700			\$0		



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018512434		LOPEZ URIBE ELIANA GIZETH	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CALLE 58 B SUR 22 I 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7310078	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	474089917	9506686888	I	2026/07/08	2026/07/14	BANCOLOMBIA	6	\$579,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$281,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$281,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$219,900	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$219,900	
TOTAL				1	\$576,900	\$2,700	\$0	\$579,600	