

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ			CC:	28797843
CORREO ELECTRÓNICO:	KSANCHEZLOPEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3223553532
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 79C BIS 56 sur 03			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	552167363
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1871 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.963.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ PS_1871_2026_B18B6D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ CC: 28797843 CEL: 3223553532					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ				
CON C.C N°		28.797.843		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE 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 1871 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.855.200	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.782.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.963.800	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	Se realizo la depuracion, ajustes y se validan los medios magnéticos RIPS de acuerdo a la resolución, 2275 , 3374 de 2000, circular 029 de 2017 y el Cie-10			
2	Se realizo cruces de información			
3	Se realizo la recepción por correo electrónico del grupo de Armado de cuentas de relaciones de envío para la generación y validación de RIPS			
4	Se realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. seguimiento, actualización, creación y verificación de página web, formularios, hojas de cálculo y drive del área de facturación			
5	Genere evidencias errores y se les socializa para su respectiva corrección			
6	Se realizo el envio de parte de devolucionas autorizaciones y facturacion se hace la respectiva correccion , se valida se envia al área su respectiva validacion			
7	Se realizoEntrega de medios magnéticos RIPS vía correo electrónico cuando lo requiera el area de radicacion			
8	Se realizo el cargue y validación de los medios magnéticos RIPS y generación de certificados de validación exitosa de los diferentes validadores de las EPS			
9	Se realizo el envio de los diferentes radicados que solicita el armado para su respectiva radicacion ante las entidades			
10	Se realiza las notas ajuste dependiendo la solucitud del area			
11	Se realizo la descarga de los medios magnéticos RIPS, desde el módulo asignado en el Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH			
12	Se realizo el envio por correo electrónico al grupo de Radicación y Armado de cuentas los medios magnéticos RIPS y los certificados de validación exitosa			
13	Se realizo entrega por correo electrónico al grupo de Armado de cuentas y Radicación de los certificados de validación exitosa, así como los medios magnéticos RIPS generados de acuerdo a las relaciones de envío recibidas.			
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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				

No. DE PLANILLA:	N° 9506893527	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/15	\$ 250.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/15	\$ 321.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/15	\$ 48.999
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 620.199
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	 KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ PS_1871_2026_B18B6D KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ CC: 28797843		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_1871_2026_B18B6D 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_1871_2026_B18B6D ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		