

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALISON XIMENA MEDINA CORTES			CC:	1030676853
CORREO ELECTRÓNICO:	ALISSON0524@LIVE.COM			TELÉFONO:	3044627768
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 95A 26 38 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	60248136246
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4445 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 3.084.788
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/07/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/02 AL 2026/07/31				
 ALISON XIMENA MEDINA CORTES PS_4445_2026_0364DD NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALISON XIMENA MEDINA CORTES CC: 1030676853 CEL: 3044627768					

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

ALISON XIMENA MEDINA CORTES

CON C.C N°

1.030.676.853

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO APOYO A LA GESTION III 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 4445 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/07/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.191.160	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.191.160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.084.788
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES		

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	RECEPCIONAR A DIARIO LAS FACTURAS GENERADAS Y ORGANIZAR POR PAGADOR.2. VERIFICAR CONTRA HISTORIA CLINICA QUE SE ENCUENTREN FACTURADOS Y REGISTRADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL USUARIO ATENDIDO.3. REALIZAR LIQUIDACION Y CARGUE DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y ACUERDO DE VOLUNTADES CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)4. VERIFICAR QUE LAS FACTURAS CONTENGAN LAS TARIFAS Y SOPORTES DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y ACUERDO DE VOLUNTADES CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)5. REALIZAR Y CONSOLIDAR LAS CAUSALES DE DEVOLUCIONES DE LAS FACTURAS ELECTRONICAS DE VENTA (FEV) O REGISTROS DE SERVICIO, PARA CORRECCION DE FORMA OPORTUNA6. GENERAR LAS RELACIONES DE ENVIO Y SOLICITUD DE RIPS OPORTUNAMENTE, POR CADA UNA DE LAS FEV A RADICAR A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.7. GARANTIZAR LA RADICACION OPORTUNA DE LA FACTURACION DE LAS ENTIDADES ASIGNADAS, DE ACUERDO CON LAS FECHAS PROGRAMADAS.8. INFORMAR OPORTUNAMENTE A LA COORDINACION DE FACTURACION LAS RAZONES QUE PODRIAN DIFICULTAR O LA NO RADICACION OPORTUNA DE LAS FACTURAS.9. REALIZAR DESPLAZAMIENTO A LAS EAPB PARA ENTREGA DE FACTURAS, EN CASO DE SER NECESARIO.10. REGISTRAR Y SUBIR LAS FACTURAS Y SOPORTES EN LOS APLICATIVOS WEB DISPONIBLES POR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO, PARA RADICACION DE FACTURAS.11. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS FACTURADORES QUE SE ENCUENTRAN EN LOS CENTROS DE ATENCION, GARANTIZANDO LOS SOPORTES NECESARIOS PARA LA RADICACION EFECTIVA ANTES LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.12. DAR RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES DE FACTURAS DE FORMA OPORTUNA Y DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.13. BRINDAR EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y BASES DE DATOS.14. REALIZAR ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS15. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.16. PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA O POR LA SUBRED.17. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO. 18. SERA RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA ENTREGAR EL DINERO RECAUDADO EN LA VENTANILLA, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA DIFERENCIA ESTA SERA DESCONTADA 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-07-02) AL (2026-07-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0
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	 ALISON XIMENA MEDINA CORTES PS_4445_2026_0364DD ALISON XIMENA MEDINA CORTES CC: 1030676853		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_4445_2026_0364DD 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_4445_2026_0364DD ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		