

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DORANI YATE PINTO			CC:	52955185
CORREO ELECTRÓNICO:	DORAYA.29@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3106965843
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48C SUR 10C 20			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	002170056887
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1796 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.428.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div>DORANI YATE PINTO PS_1796_2026_F8B7FD</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DORANI YATE PINTO CC: 52955185 CEL: 3106965843</div>					

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

DORANI YATE PINTO

CON C.C N°

52.955.185

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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1796 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.712.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.910.122	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
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- se admisiono en el sistema de información los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias (en unidades donde no hay admisionista). 2- se Verificó derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista). 3-se reportó por correo electrónico al área de trabajo social, cuando se tenga dificultad de identificación del paciente que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias. 4- se revisó la respuesta y soportes emitidos por parte del área de trabajo social (participación social y atención al usuario) en cuanto a identificación o clasificación del paciente. 5- se revisó el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios. 6- se verificó y adjuntó los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monitorias, hojas de gasto, récord anestesia, aplicación de medicamentos etc). 7- se elaboraron facturas de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente 8- se realizo legalización del dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería 9- se Recepcionó y realizó seguimiento de prefecturas enviadas al proceso de liquidación de los servicio de hospitalización y cirugía ambulatoria 10- se brindó el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90170314	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/18	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/18	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/18	\$ 42.700
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 541.800
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>		
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	<div><div>DORANI YATE PINTO</div><div>PS_1796_2026_F8B7FD</div></div> <div><div>DORANI YATE PINTO</div><div>CC: 52955185</div></div>	
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS</div><div>PS_1796_2026_F8B7FD</div></div> <div><div>YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</div><div>PS_1796_2026_F8B7FD</div></div> <div><div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>	