

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SILVIA GABRIELA SALAMANCA APARICIO			CC:	1026590966
CORREO ELECTRÓNICO:	GABISALAMANCA10@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3211855552
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 A 48 J 07 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488420944008
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1668 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.428.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/08/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				



SILVIA GABRIELA SALAMANCA APARICIO
PS_1668_2026_92EF74

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SILVIA GABRIELA SALAMANCA APARICIO
CC: 1026590966
CEL: 3211855552

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SILVIA GABRIELA SALAMANCA APARICIO

CON C.C N°1.026.590.966

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 1668 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.712.480	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.915.903	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.428.120
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

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 Ingresos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y III
2	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION , y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias y paciente con hospitalizados
3	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorizacion (Correo,telefono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorizacion de los servicios solicitados
4	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadaspor el supervisor de contrato.
5	Verifique en todas las bases de datos (ADRES, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados
6	Gestione los pendientes reportados por las tecnicas de autorizaciones
7	Subi los soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos
8	Realice apertura de ingresos de cirugia ambulatoria
9	Asisti a la capacitacion de autogestion de la EPS Capital Salud

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° 94020392	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/11	\$ 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 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		<div><div>SILVIA GABRIELA SALAMANCA APARICIO PS_1668_2026_92EF74</div><hr/>SILVIA GABRIELA SALAMANCA APARICIO CC: 1026590966</div>	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		<div><div>YENI ROCIO AVILA RONDON PS_1668_2026_92EF74</div><hr/>YENI ROCIO AVILA RONDON SUPERVISOR ALTERNO</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		<div><div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_1668_2026_92EF74</div><hr/>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	