

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YEINY ANDREA ROMERO PUERTA			CC:	1024490618
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDRUVALENTINA003@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3234890262
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18 H BIS 81 49 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480342438
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1662 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.428.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30				
<div><div><div>YEINY ANDREA ROMERO PUERTA PS_1662_2026_6001FF</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YEINY ANDREA ROMERO PUERTA CC: 1024490618 CEL: 3234890262</div></div>					

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

YEINY ANDREA ROMERO PUERTA

CON C.C N°

1.024.490.618

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 1662 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

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

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.766.362	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.428.120
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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 reporte a Trabajo Social , de los pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
2	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION , y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias
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, páginas 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 identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados.
6	Realice el censo y gestiones autorizaciones de los pacientes que se encuentran en servicio de MEDICINA INTERNA
7	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
8	Subi soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos
9	gestion de los pendientes reportadas por las tecnicas
10	NO Gestione la revision de pagadores y gestion de autorizaciones en las estancias de medicina interna al 100%
11	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las institucionales//ADRES//FAMISANAR//SAVIA 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6031678374	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/09/10	\$ 219.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/10	\$ 281.500

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/10	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 544.300
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	<div><div>YEINY ANDREA ROMERO PUERTA</div><div>PS_1662_2026_6001FF</div><div>YEINY ANDREA ROMERO PUERTA</div><div>CC: 1024490618</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YENI ROCIO AVILA RONDON</div><div>PS_1662_2026_6001FF</div><div>YENI ROCIO AVILA RONDON</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_1662_2026_6001FF</div><div>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024490618
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YEINY ANDREA ROMERO PUERTAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 81 18 F 36 SUR TESORITO TELÉFONO:	7920111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6035980253	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	7	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/10/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 735062848

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 281.700
SUBTOTAL:			1	\$ 281.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 220.100
SUBTOTAL:			1	\$ 220.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 43.000
SUBTOTAL:			1	\$ 43.000

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 3.000
TOTAL PAGADO:	\$ 544.800