

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA JANNETH CAICEDO CORONADO			CC:	52285689
CORREO ELECTRÓNICO:	nanicaicedo.1997@gmail.com			TELÉFONO:	3118380823
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 54C SUR 86B 21			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	073648545
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6402 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 712.320	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/22	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/23 AL 2025/09/30				
 DIANA JANNETH CAICEDO CORONADO PS_6402_2025_B62A4D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA JANNETH CAICEDO CORONADO CC: 52285689 CEL: 3118380823					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DIANA JANNETH CAICEDO CORONADO

CON C.C N°52.285.689

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA PROYECTO CAMAD RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 6402 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/22
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	1.656.144	No. HORAS EJECUTADAS	64
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	4.761.414	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 712.320
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES			

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:HUGO GERMAN REYES GUERRERO

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. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO CAMAD. 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROYECTO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO Y LA SUBRED. 4. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROYECTO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO Y LA SUBRED. 6. CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DEL DATO REQUERIDA (OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL TÉCNICO Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PROYECTO CAMAD. 7. REALIZAR CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LOS PROCESOS DE CAPTURA DEL DATO, REVISIÓN Y CUSTODIA DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS Y/O BASES DE DATOS Y APLICATIVOS, QUE CORRESPONDAN A LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL PROYECTO CAMAD. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA: CANALIZACIONES, EDUCACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA. 9. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 10.DEMÁS CONCERNIENTES EN EL MARCO DEL PRESENTE "PROYECTO CAMAD - RESOLUCION NO. 1986 DEL 11 DE OCTUBRE 2024 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL". 11. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.

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 (2025-09-23) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N°		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR		\$ 0	
PENSIÓN:	COLFONDOS		\$ 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	 DIANA JANNETH CAICEDO CORONADO PS_6402_2025_B62A4D DIANA JANNETH CAICEDO CORONADO CC: 52285689
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_6402_2025_B62A4D DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	HUGO GERMAN REYES GUERRERO SUPERVISOR DEL CONTRATO