

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY MARCELA CANTOR NOCUA			CC:	1030658773
CORREO ELECTRÓNICO:	INGMARCELACANTOR@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3508645862
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 14A 12 08			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7349 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.383.080	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/06 AL 2025/10/30				
 JENNY MARCELA CANTOR NOCUA PS_7349_2025_487173 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY MARCELA CANTOR NOCUA CC: 1030658773 CEL: 3508645862					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JENNY MARCELA CANTOR NOCUA

CON C.C N°1.030.658.773

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO AMBIENTAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCI?N 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI?N SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 7349 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/03

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.624.923No. HORAS EJECUTADAS166

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$3.624.923VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.383.080

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASVEINTINUEVE (29) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	SE REALIZO LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE CADA UNO DE LOS LINEAMIENTOS Y NORMATIVIDAD VIGENTE RESOLUCION 1499/2024 PARA LLEVAR A CABO LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD
2	SE GARANTIZA LA PARTICIPACIÓN EN LAS DIFERENTES CAPACITACIONES PARA LA APROPIACIÓN Y MANEJO DE LOS APLICATIVOS DIGITALES, CON SISTEMAS DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA APS , GTAPS Y DINÁMICA, LINEAMIENTOS SECRETARIA DE SALUD.
3	SE PARTICIPA EN LA CAPACITACION CONVOCADA EN SEDE DIANA TURBAY Y COLEGIO LA MERCED EN DONDE SE DA A CONOCER LA RESOLUCION 3280 DE 2018, Y EL PROGRAMA MAS BIENESTAR.
4	SE REALIZA LA DEBIDA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y PROGRAMADAS PARA EL PRESENTE MES.
5	SE GARANTIZA LA PARTICIPACIÓN EN LAS DIFERENTES CAPACITACIONES DE CADA UNO DE LOS LINEAMIENTOS Y NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LLEVAR A CABO LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, GTAPS, DINÁMICA, ENTRE OTRAS
6	SE PARTICIPA EN TODAS LAS CAPACITACIONES CONVOCADAS EN EL AUDITORIO JORGE RESTREPO, Y EN REUNION CON OTROS PERFILES PARA DEFINIR ACTIVIDADES
7	SE REALIZÓ ENTREGA DE LOS FORMATOS DE ACTA EN DONDE SE DEJA CONSIGNADA LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, DESDE EL COMPONENTE DE SALUD AMBIENTAL.
8	SE PARTICIPA EN LAS DIFERENTES CAPACITACIONES LLEVADAS A CABO EN EL HOSPITAL SANTA CLARA Y MESAS CONVOCADA POR LOS EQUIPOS TERRITORIALES DE SALUD
9	SE REALIZA ENTREGA DE CADA UNA DE LAS ACTAS DE APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO
10	SE REALIZA ENTREGA Y EL DILIGENCIAMIEBTO DE CADA UNA DE LAS ACTAS DE APROPIACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO Y SE LLEVA A CABO LA ELABORACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DEL LINEAMIENTO TÉCNICO VIVIENDA SALUDABLE PARA LLEVAR A CABO LAS ACTIVIDADES EN TERRENO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD
11	SE REALIZÓ EL ENVÍO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ACTAS SE REALIZÓ EL ENVÍO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ACTAS
12	SE REALIZÓ LA PARTICIPACIÓN EN CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO
13	SE DILIGENCIA LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIOAMBIENTAL EN EL APLICATIVO GTAPS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA, VISITAS A USUARIOS PRIORIZADOS EN PROBLEMATICAS AMBIENTALES
14	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO EN LOS TIEMPOS QUE SE ESTABLEZCAN.

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 (2025-10-06) AL (2025-10-30)

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:	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 ningun 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	 JENNY MARCELA CANTOR NOCUA PS_7349_2025_487173 JENNY MARCELA CANTOR NOCUA CC: 1030658773
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7349_2025_487173 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO