

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMY CAROLINA BELTRAN MORA		CC:	1192769207	
CORREO ELECTRÓNICO:	JEIMYBELTRAN42@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3002857706	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 68D 56 91 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	56750894840

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6261 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



JEIMY CAROLINA BELTRAN MORA
PS_6261_2025_748A00

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JEIMY CAROLINA BELTRAN MORA

CC: 1192769207

CEL: 3002857706

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

JEIMY CAROLINA BELTRAN MORA

CON C.C N°

1.192.769.207

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6261 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.200.095	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.200.151	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS: TRES (3) MESES

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	Realizar el Control Prenatal y Preconcepcional, la Consejería en Lactancia a maternas y madres en periodo de lactancia
2	Realizar la Talleres con pacientes Crónicos (Control de signos vitales, peso y talla, educación, actividades física y lúdica, demanda inducida de programa pyp)
3	Realizar la Consulta, asesoría de Planificación Familiar y/o Consejería de Pretes y Postes, garantizando el uso adecuado de los insumos (Pruebas rápidas- VIH, hepatitis B, sífilis, pruebas de embarazo requeridas en el servicio y los procedimientos de toma de Citologías, VPH y demanda inducida en población de menores de 25 años según criterio médico y mayores de 25 años a 65 años.
4	Realizar la Consulta de Valoración en atención Integral en Salud y Nutrición menores de 17 años (Valoración física, clasificación nutricional, evaluación del desarrollo psicomotor, seguimiento de vacunación, suplementación nutricional, desparasitación,) y demanda inducida basada en la atención de la resolución 3280 según la necesidad.
5	Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades marcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
6	Realizar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionados con las cohortes de seguimiento. (diligenciamiento de Base de seguimiento de POCT, ruta de citologías, diligenciamiento de kardex y toma de temperatura y humedad diaria.
7	Participar en los espacios de inducción, reinducción, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relación a la atención de pacientes.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 81800709	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/19	\$ 300.000

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/19	\$ 384.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	\$ 58.464
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 742.464

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	 <p><i>JEIMY CAROLINA BELTRAN MORA</i> <i>PS_6261_2025_748A00</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>JEIMY CAROLINA BELTRAN MORA CC: 1192769207</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_6261_2025_748A00</i></p> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>