

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LAURA PAOLA BETANCOURT GIRALDO		<b>CC:</b>	1013590121
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	laurap1308@hotmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3158262470
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 69B 65 76 SUR		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	NU	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 21674801

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5802 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1.999.896
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/06/18	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



LAURA PAOLA BETANCOURT GIRALDO  
 PS\_5802\_2025\_41881E

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**LAURA PAOLA BETANCOURT GIRALDO**

**CC: 1013590121**

**CEL: 3158262470**

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

**LAURA PAOLA BETANCOURT GIRALDO**

**CON C.C N°**

**1.013.590.121**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5802 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/18</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.866.414	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 9.216.912	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.999.896
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) MESES
--	----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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	1/R RECIBIR EL MAPA DEL SECTOR CATASTRAL ENVIADO POR PARTE DEL GEOGRAFOPARA RECONOCER EL TERRITORIO Y HACER LA AVANZADA EL DIA DE LA TOMA, GUIAR A LOS EQUIPOS Y TOMAS DATOS COMO MANZANAS Y PREDIOS VISITADOS, IDENTIFICANDO FACTORES EN EL AMBITO AMBIENTAL, SOCIAL Y SEGURIDAD.
2	2./R A TRAVES DEL ENLACE DE LA ENTIDAD CAPITAL SALUD SE CAPTO LA INFORMACION PARA GESTIONAR AFILIACIONES DE LOS USUARIOS SIN EPS CON EL NUMERO DE WHATSAPP DE CAPITAL SALUD SE REALIZA LA GESTION DE AFILIACIONES CON RESPUESTA INMEDIATA.
3	3./R SE REALIZO SOCIALIZACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS CON LIDERES SOCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD A TRAVES DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD.
4	4/R A TRAVES DEL DRIVE DE DIRECTORIOS TELEFONICOS DE LIDERES DE LOS DIFRENTES SECTORES CATASTRALES SE LE INFORMAN DE LAS ACTIVIDADES CON ANTICIPACION PARA PODER LLEGAR A LOS HOGARES CON MAS CONFIANZA.
5	5/R SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL COMITÉ DE VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA (COVECOM) SE PARTICIPO EN EL COMITE MENSUAL DEL EQUIPO BASICO EN SALUD.
6	6/R DRIVE CON DATOS DE ACTORES Y ENTIDADES DE LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRALES
7	7/R SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL RUTEO DE USUARIOS EN LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRATALES
8	8/R SE REALIZO BUSQUEDA DE USUARIOS EN EL MICOTERRITORIO A TRAVES DEL RUTEO Y MAPAS, Y TELEFONOS.
9	9/R SE REALIZO ACTAS DE LAS DIFRENTES TOMAS TERRITORIALES, ACTAS CON LIDERES COMUNITARIOS, ACTAS CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y CON VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

**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° 1076423650	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/18	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

**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**



*LAURA PAOLA BETANCOURT GIRALDO*  
*PS\_5802\_2025\_41881E*

**LAURA PAOLA BETANCOURT GIRALDO**  
**CC: 1013590121**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*  
*PS\_5802\_2025\_41881E*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**1 [Información general](#)

Cancelar

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#)5 [Documentos del contrato](#)**Plan de Pagos**6 [Información presupuestal](#)¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No7 **Ejecución del Contrato**

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 [Modificaciones del Contrato](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 [Incumplimientos](#)

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 5802 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf.pdf	PS 5802 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS_5802_CUENTA DE COBRO AGOSTO_2025.pdf	PS_5802_CUENTA DE COBRO AGOSTO_2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5802 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 5802 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1 PS 5802 2025 CRP-17567.pdf	1 PS 5802 2025 CRP-17567.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5802 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf.pdf	PS 5802 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

