

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24105271044
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7349 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.749.920	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 JENNY MARCELA CANTOR NOCUA PS_7349_2025_739282 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 SERVICIOS PROFESIONALES No.PS 7349 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/03

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.624.923No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$7.374.843VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.749.920

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDOS (2) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	USO ADECUADO, RESPONSABLE Y CONFIDENCIAL DE LOS APLICATIVOS ASIGNADOS.
2	ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES Y REUNIONES CONVOCADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
3	ENTREGA DE FORMATOS Y BASES CON LA VERIFICACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA CALIDAD DEL DATO DE LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS.
4	PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL HOSPITAL SANTA CLARA, ASÍ COMO EN EL COMITÉ MENSUAL LLEVADO A CABO EL 6 DE NOVIEMBRE.
5	DESARROLLO DE UNA PREAUDITORÍA CON LA LÍDER DE LA LOCALIDAD, ORIENTADA A REVISAR Y VALIDAR LOS PRODUCTOS DE SALUD AMBIENTAL
6	ACOMPAÑAMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LA BASE DE GTAPS JUNTO CON EL INGENIERO DE SISTEMAS DEL EQUIPO DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, CON EL PROPÓSITO DE IDENTIFICAR Y ANALIZAR LOS CASOS DE SALUD AMBIENTAL REPORTADOS EN LA LOCALIDAD.
7	ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA VERIFICACIÓN DE RIESGOS DE SALUD AMBIENTAL EN LAS VIVIENDAS DE LOS USUARIOS VISITADOS.
8	EJECUCIÓN DE 60 ASISTENCIAS TÉCNICAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE, ENFOCADAS EN BRINDAR EDUCACIÓN A LOS USUARIOS CON PRESENCIA DE RIESGOS AMBIENTALES.
9	REUNIÓN CON EL GEÓGRAFO PARA LA DELIMITACIÓN DEL TERRITORIO DONDE SE IMPLEMENTARÁ LA ESTRATEGIA DE VIVIENDA SALUDABLE, REITERANDO QUE LAS INTERVENCIONES SE REALIZARÁN DE MANERA INDIVIDUAL
10	ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES Y REUNIONES CONVOCADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

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° 1077254910OPERADOR:SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/18	\$ 181.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 231.998
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 35.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 448.698
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	<i>JENNY MARCELA CANTOR NOCUA</i> <i>PS_7349_2025_739282</i> JENNY MARCELA CANTOR NOCUA CC: 1030658773		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_7349_2025_739282</i> BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		