

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	FRANCY PAOLA MEJIA ALBA		<b>CC:</b>	1000464879
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	FRANCYpaolamejiaalba@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3116633784
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 88A 127D 64		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 004500266756

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 3268 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 3.723.720
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/19	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/05/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



FRANCY PAOLA MEJIA ALBA  
PS\_3268\_2026\_8B86C5

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**FRANCY PAOLA MEJIA ALBA**  
**CC: 1000464879**  
**CEL: 3116633784**

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

**FRANCY PAOLA MEJIA ALBA**

**CON C.C N°**

**1.000.464.879**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3268 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/19</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 12.784.772	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>186</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 12.784.772	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.723.720
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS
--	----------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA
--	--------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
-------------------------------	------------------------------

**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 SERVICIO DE APOYO EN FORMA PERSONAL Y AUTÓNOMA COMO ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA , EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN CURSO DE VIDA, PROGRAMAS DE ATENCIÓN Y CONDICIONES DE LOS USUARIOS, PROGRAMACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y DEMÁS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE SE DERIVEN DE LA ATENCIÓN RELACIONADA CON SU PROFESIÓN SEGÚN LA DEMANDA DE USUARIOS Y NECESIDAD DEL SERVICIO EN CADA UNA DE LAS SEDES QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SUJETÁNDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN, ACOGIÉNDOSE A LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED
2	2.REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A SU COMPETENCIA.
3	3.REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD CONFORME A NECESIDADES DEL SERVICIO, ASÍ COMO DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
4	4.REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE
5	5.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN CONFORME A LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE LA ENTIDAD.
6	6. APOYAR EL PROCESO DE GESTIÓN Y OPERACIÓN DE: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, PATOLOGÍAS Y EVENTOS DE ALTO COSTO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES SEGÚN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS EN EL MARCO DEL MIAS.
7	7. APOYAR EL PROCESO DE GESTIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN Y BASES DE DATOS RELACIONADAS CON LAS COHORTES DE SEGUIMIENTO
8	8. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS E INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED.

**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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 1080547584	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/03/17	\$ 225.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/17	\$ 288.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/17	\$ 43.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 556.900</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, pensión, 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**



*FRANCY PAOLA MEJIA ALBA*

*PS\_3268\_2026\_8B86C5*

**FRANCY PAOLA MEJIA ALBA**

**CC: 1000464879**

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



*CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN*

*PS\_3268\_2026\_8B86C5*

**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**