

### Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Si  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 017a07e3-ef1e-4e5c-b7bb-14a6d3389ca.pdf	017a07e3-ef1e-4e5c-b7bb-14a6d3389ca.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 P9 3268 2026 CRP -12002.pdf	1 P9 3268 2026 CRP -12002.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> FEBRERO.pdf	FEBRERO.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

**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, 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**



*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**