

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CINDY DAYANA BELTRAN MARIN			CC:	1023893383
CORREO ELECTRÓNICO:	BELTRANCINDY8@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3013098118
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 17A SUR 3D 33 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	15448514525
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3386 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.590.510	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 CINDY DAYANA BELTRAN MARIN PS_3386_2026_A0A178 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CINDY DAYANA BELTRAN MARIN CC: 1023893383 CEL: 3013098118					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CINDY DAYANA BELTRAN MARIN

CON C.C N°1.023.893.383

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO A ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3386 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$52.290.180	No. HORAS EJECUTADAS	81
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$52.290.180	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$7.590.510
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
------------------------	--------------------------------

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. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención oportuna, segura, empática y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomía, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral.
2. Brindar atención en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empático y centrado en el paciente y su familia, en concordancia con los principios institucionales.
3. Informar de manera clara, comprensible y oportuna al paciente y su familia sobre la condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronóstico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida.
4. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención.
5. Garantizar la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica relevante al equipo de salud, asegurando que el estado del paciente, las conductas instauradas y las recomendaciones queden claramente registradas de manera completa, oportuna, legible y veraz; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales.
6. Contribuir en investigaciones clínicas, estudios de casos y análisis orientados a la mejora continua de la atención y a la resolución de problemáticas propias de su especialidad. Apoyar las actividades de docencia en servicio y formación del talento humano en salud, cuando sea requerido.
7. Notificar oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atención, participando en los análisis y en la implementación de acciones de mejora definidas. Así como reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente.
8. Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de la Subred Integrada de Servicios de Salud.
9. Prestar los servicios conforme a la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervisión del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopción de medidas que garanticen la prestación del servicio.
10. Contribuir con la elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales.
11. Contribuir con la elaboración de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atención demás relacionados.
12. Contribuir con el proceso de respuesta relacionado con auditoría de cuentas, con el fin de prevenir glosas definitivas u objeciones.
13. Cumplir con los compromisos adquiridos relacionados con planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos formulados por la supervisión del contrato.
14. Asistir y participar activamente a jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y demás espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual.
15. Utilizar adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. Responder por la reposición o reparación de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservación, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su asignación y uso. Reportar al área correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atención asistencial.

1	16. Acreditar inscripción y habilitación vigente en RETHUS, MIPRES y RUAF de acuerdo a su objeto contractual. Portar el carné institucional durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Acreditar el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato. 18. Cumplir con las demás actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervisión.
---	--

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 83268605	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/19	\$ 1.080.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/19	\$ 1.468.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/19	\$ 210.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.759.300

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 CINDY DAYANA BELTRAN MARIN PS_3386_2026_A0A178 CINDY DAYANA BELTRAN MARIN CC: 1023893383
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_3386_2026_A0A178 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO

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



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS_3386_2026_A0A178

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Información básica de la planilla

Empresa:	CINDY DAYANA BELTRAN MARIN	NIT:	1023893383
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	abril 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	abril 2026
Número de Radicación:	83268605	Total a pagar:	\$2,811,200
Fecha de vencimiento:	22/05/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	19/05/2026	Número de Administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número Autorización:	319475211
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$210,500
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$1,468,800
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$51,900
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$1,080,000
						\$2,811,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**1 [Información general](#)2 [Condiciones](#)3 [Bienes y servicios](#)4 [Documentos del Proveedor](#)5 [Documentos del contrato](#)6 [Información presupuestal](#)7 **Ejecución del Contrato**8 [Modificaciones del Contrato](#)9 [Incumplimientos](#)

Datos guardados

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización?

☐ Sí ☒ 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 3386 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	1. PS 3386 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. PS 3386 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3. PS 3386 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Espacio para
Logo Corporativo

CINDY DAYANA BELTRAN MARIN
NIT 1.023.893.383-1
CR 3 D ESTE 13 A 10 SUR AP 220 BRR SAN
CRISTOBAL SUR
Tel: 3013098118
Bogotá - Colombia
beltrancindy8@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE 39

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 302329057
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	20/05/2026, 19:30
Expedición	20/05/2026, 19:30
Vencimiento	04/06/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS MEDICOS MAYO DE 2026.	1.00	7,590,510.00

Total items: 1

Total Bruto	7,590,510.00
Total a Pagar	7,590,510.00

Valor en Letras: Siete millones quinientos noventa mil quinientos diez pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-06-04 por \$ 7,590,510.00

Observaciones: Régimen Simple de Tributación

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, **Número Autorización Electrónica 18764109248758 aprobado en 20260430 prefijo FE desde el número 38 al 100 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 17b3ebcde28c4c2c6618aaa722014df141ebec2a828ab52bf89da71a008527c813053e3bfd9132c15d5aae5f53769ecd