

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YURY MARYORY PEÑA BELTRAN		<b>CC:</b>	1069768552
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	yurybeltran06@gmail.com		<b>TELÉFONO:</b>	3118994882
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 62 52A SUR 23		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO CAJA SOCIAL	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 24089175491

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 6536 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.980.800
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/06/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



YURY MARYORY PEÑA BELTRAN  
 PS\_6536\_2025\_3231C5

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

YURY MARYORY PEÑA BELTRAN

CC: 1069768552

CEL: 3118994882

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

**YURY MARYORY PEÑA BELTRAN**

**CON C.C N°**

**1.069.768.552**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 6536 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.980.800	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 29.808.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.980.800
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	NUEVE (9) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	-------------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ
-------------------------------	------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1	1.OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Se ejecutaron intervenciones basadas en el plan de intervenciones colectivas y así mismo de acuerdo a los lineamientos establecidos se desarrollarán acciones para la detección temprana de ITS como lo son: pruebas rápidas (VIH SILIS Y HEPATITIS B), se elaborará el consolidado de pruebas rápidas y preservativos para el mes. 1.2 PRODUCTO: Formato SISCO 2, Formato 3 canalización y Formato Excel KARDEX.
---	---

2	2.OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Entrega de cronograma actualizado de actividades diarias correspondientes al mes 2.2 PRODUCTO: Cronograma en Excel drive 2026
---	--

3	3.OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Realizar pruebas rápidas del producto 100 Prevencion y detección temprana de ITS un total de 200 tripletas de VIH, Sífilis y hepatitis B distribuidas en 20 jornadas así; Santa fe 6, La Candelaria 6, Los Mártires 1, Antonio Nariño 4, Rafael Uribe Uribe 2, San Cristobal 1. 3.2 PRODUCTO: Formatos 2, Formatos 3, Kardex de pruebas y de preservativos, canalizaciones.
---	--

4	4.OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Se Implementar acciones de prevención y detección temprana de ITS (Pruebas rápidas VIH SIFILIS HB) según necesidades en las localidades pertenecientes a la Subred y jornadas respectivas 4.2 PRODUCTO Formatos SISCO 2 - Formato 3 canalización
---	---

5	5.OBLIGACIÓN Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Realizar lectura y apropiación conceptual de lineamientos y fichas técnicas con énfasis en la ficha técnica del producto 100 prevención y detección de ITS. 5.2 PRODUCTO: Actas de apropiación conceptual, actas de reunión.
---	--

6	6. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Realizar pruebas rápidas el producto 100 Prevencion y detección temprana de ITS un total de 200 tripletas de VIH, Sífilis y hepatitis B distribuidas en 20 jornadas así; Santa fe 6, La Candelaria 6, Los Mártires 1, Antonio Nariño 4, Rafael Uribe Uribe 2, San Cristobal 1. 3.2 PRODUCTO: Formatos 2, Formatos 3, Kardex de pruebas y de preservativos, canalizaciones
---	--

7	7. OBLIGACIÓN: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Se realiza de manera semanal entrega de soportes físicos a GESI para el conocimiento de la meta y actividades realizadas durante el mes que se generaron de acuerdo a los lineamientos establecidos. 7.2 PRODUCTO: Formato 2, Formato 3 de canalización.
---	--

8	8.OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Realizar canalización y notificación SIVIGILA, según corresponda a usuarios con resultados positivos o reactivos durante la realización de las pruebas de VIH, Sífilis y Hepatitis B. 8.2 PRODUCTO: Formato 2, formato 3 de canalización y formato sivigila.
---	---

9	9.OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.
---	---

9 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Dar cumplimiento y participación a cada una de las actividades desarrolladas, en cada uno de los espacios y/o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.9.2 PRODUCTO: Formatos SISCO 2, Formato 3 canalización, Formato SIVIGILA.

**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° 9503744437	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/12	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

**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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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**



*YURY MARYORY PEÑA BELTRAN*  
PS\_6536\_2025\_3231C5

**YURY MARYORY PEÑA BELTRAN**  
**CC: 1069768552**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN*  
PS\_6536\_2025\_3231C5

**JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**  
**SUPERVISOR ALTERNO**



MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

PS\_6536\_2025\_3231C5

**MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069768552		PEÑA BELTRAN YURY MARYORY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 67 SUR BOGOTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118994882	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	301901636	9503744437	I	2026/05/14	2026/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1069768552	PEÑA YURY	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069768552		PEÑA BELTRAN YURY MARYORY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 67 SUR BOGOTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118994882	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	301901636	9503744437	I	2026/05/14	2026/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$576,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$576,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$576,900</b>	

**PSE - Transacción Aprobada**  **CUS 301901636**

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: yurybeltran06@gmail.com

12 de mayo de 2026 a las 10:27 a.m.

**¡Hola, Yury Maryory Peña Beltrán !****Estado de la Transacción:** **Aprobada** **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 576.900**Empresa:** APORTES EN LINEA**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:  
9503744437**Fecha de la transacción:** 12/05/2026**CUS:** 301901636

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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](#)

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?  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

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf (Archivado)	PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 6536 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6536 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6535 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 6535 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 6536 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >