

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNYFER ANDREA MONROY NOY		CC:	1024535215	
CORREO ELECTRÓNICO:	jamn.s2721@gmail.com		TELÉFONO:	3116385133	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 35 SUR 68 M 37		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488451883596

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3516 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.579.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



JENNYFER ANDREA MONROY NOY
PS_3516_2026_AE309B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JENNYFER ANDREA MONROY NOY

CC: 1024535215

CEL: 3116385133

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

JENNYFER ANDREA MONROY NOY

CON C.C N°

1.024.535.215

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3516 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/16
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.238.120	No. HORAS EJECUTADAS	192
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.050.720	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.579.200
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
-------------------------------	------------------------------

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	REALICE SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES DEL AREA (SIRC) GARANTIZANDO CONTINUIDAD Y CALIDAD EN TRASLADOS Y REMISIONES DE PACIENTES
2	REALICE DISTRIBUCION DEL EQUIPO DE TRABAJO CON LINEAMIENTOS OPERATIVOS Y CONTROL EN EL TURNO, CUMPLIENDO METAS SEGUN DIRECTRICES INSTITUCIONALES.
3	REALICE VALIDACION DEL REGISTRO DE LA PLATAFORMA (SIRC), ASEGURANDO TRAZABILIDAD Y CALIDAD EN LA INFORMACION REGISTRADA
4	REALICE SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DEL AREA CON SUS RESPECTIVAS NOVEDADES ELABORANDO INFORMES REQUERIDOS DEL SUPERVISOR
5	REALICE COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LAS IPS, EAPB Y DEMAS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD (SGSSS) DANDO ADECUADA GESTION DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS
6	REALICE PRIORIZACION DE CASOS SEGÚN CRITERIO MEDICO Y ADMINISTRATIVO, VELANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DANDO BUEN USO A LOS RECURSOS DISPONIBLES.
7	REALICE ACOMPAÑAMIENTO Y ORIENTACION PERMANENTE AL EQUIPO PROFESIONAL, DANDO SOLUCION A SITUACIONES CLINICAS Y ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS AL AREA (REFERENCIA).
8	REALICE MEJORIA CONTINUA SOBRE INDICADORES Y AUDITORIAS INTERNAS SEGÚN REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL
9	REALICE CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVA VIGENTE EN SALUD TAL COMO SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES.
10	REALICE GESTION Y REPORTE OPORTUNO ANTE SITUACIONES CRITICAS U OPERATIVAS REALIZANDO SU RESPECTIVO INFORME AL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
11	PARTICIPE EN REUNIONES TECNICAS, COMITES, CAPACITACIONES EN REPRESENTACION DEL AREA.
12	REALICE ADECUADO USO DE LOS RECURSOS FISICOS, TECNOLOGICOS Y DE COMUNICACIÓN ASIGNADOS DANDO CUMPLIMIENTO AL OBJETO CONTRACTUAL
13	REALICE INFORMES DE GESTION, AVANCES Y RESULTADOS, INDICADOS POR LA ENTIDAD CONTRATANTE.
14	REALICE CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEL PERFIL PROFESIONAL RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL ASIGNADAS POR LA SUPERVISION 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 77263237	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/11	\$ 219.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/11	\$ 281.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/11	\$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 543.600



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	 <p style="text-align: center;"><i>JENNYFER ANDREA MONROY NOY</i> PS_3516_2026_AE309B</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">JENNYFER ANDREA MONROY NOY CC: 1024535215</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p style="text-align: center;"><i>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</i> PS_3516_2026_AE309B</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024535215	JENNYFER ANDREA MONROY NOY		CALLE 35 SUR # 68 M 37	0000000	jamn.s2721@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77263237	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$543.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	4	700	0	219.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	4	900	0	281.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	4	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.600
Pensión	1	280.200	281.100
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	543.600



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

JENNYFER ANDREA MONROY NOY

C.C. 1024535215

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 27 de mayo de 2026



Luis Fernando Joya Joya
C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano

UTC -5 11:19:33

JENNYFER ANDREA M...

Configuraciones del usuario
JENNYFER ANDREA MONROY NOY
CAT: 0362469

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

22 Jun, 2026(UTC -5) 11:19:33

Salir

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](#)

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"/> CUENTA MARZO-CONTRATO N° 3516 - 2026.pdf	CUENTA MARZO-CONTRATO N° 3516 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL-CONTRATO N° 3516 - 2026.pdf	CUENTA ABRIL-CONTRATO N° 3516 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >