

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	JESSICA MARION LAVERDE PINZON		<b>CC:</b>	1001167165	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	JLNEUROCX@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3163512547	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 1A SUR 72 25		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	10878379140

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 2085 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 6.703.840
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/06/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



JESSICA MARION LAVERDE PINZON  
PS\_2085\_2026\_699E01

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

JESSICA MARION LAVERDE PINZON

**CC: 1001167165**

**CEL: 3163512547**

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

**JESSICA MARION LAVERDE PINZON**

**CON C.C N°**

**1.001.167.165**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL 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 2085 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 28.338.960	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>176</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 35.118.980	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.703.840
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CINCO (5) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE
--	---------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA
-------------------------------	------------------------------

**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	Diligenciar las fichas SIVIGILA y manejo de acuerdo a los protocolos de INS cada vez que se presente un evento de interés en salud pública
2	Notificar los sucesos de calidad que se presentan en el servicio y participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas.
3	Cumplir con las normas de bioseguridad. (Utilización de tapabocas, bata, lavado de manos, gafas y otras medidas que se requieren para disminuir el riesgo
4	Prestar sus servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme al estándar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred Centro Oriente ESE.
5	Elaborar historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia.
6	Cumplir con las inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.
7	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, y en las fichas del Instituto Nacional de Salud. Esta actividad se realiza cada vez que se requiera.
8	Participar en los espacios de inducción, reinducción, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relación a la atención.
9	Aplicar protocolos y métodos con el fin de brindar una atención de calidad, dando cumplimiento a la normatividad vigente en relación a los procesos.
10	Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades marcadas dentro del sistema obligatorio de garantía

**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° 9503843702	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/28	\$ 335.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/28	\$ 429.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/28	\$ 65.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 829.700



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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p><i>JESSICA MARION LAVERDE PINZON</i>  <i>PS_2085_2026_699E01</i></p> <hr/> <p><b>JESSICA MARION LAVERDE PINZON</b>  <b>CC: 1001167165</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p><i>NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA</i>  <i>PS_2085_2026_699E01</i></p> <hr/> <p><b>NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA</b>  <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>