


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINDA JOHANNA MORENO SALAMANCA	CC:	53116139		
CORREO ELECTRÓNICO:	SARAGMORENO_16@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3155330661		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 89A BIS 72 29 SUR	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	475700133659

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5306 2025	N° CDP:	2519	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.003.400

 LINDA JOHANNA MORENO SALAMANCA  
PS\_5306\_2025\_468F4C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
LINDA JOHANNA MORENO SALAMANCA  
CC: 53116139  
CEL: 3155330661

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

**LINDA JOHANNA MORENO SALAMANCA**

**CON C.C N°**

**53.116.139**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA ( REFERENCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

**PROFESIONALES No.**

**PS 5306 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/05/05**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

5.075.280

**No. HORAS EJECUTADAS**

**180**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

14.357.700

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$

2.003.400

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

SEIS (6) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL SAN BLAS

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

**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	Recibí y entregué turno de acuerdo con los protocolos de la entidad
2	Realicé toma de signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informe al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registré en la historia clínica del traslado.
3	Orienté a los familiares de los pacientes trasladados para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
4	Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
5	Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes, al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
6	Informé al profesional de enfermería y/o al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
8	Realicé registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente.
9	Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales
10	Realicé los inventarios, conserve y use adecuadamente los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil.
11	Realicé seguimiento e inventario en los formatos MI-UR-FT-032 ambulancia básica y MI-UR-FT-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes, según la programación de referencia.
12	Apliqué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
13	Realicé la desinfección y registré en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal y de acuerdo con el protocolo establecido para ello y según patología del paciente.
14	Solicite en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	Recibí y entregué al paciente con el profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo con la unidad de origen y de destino.
16	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales.
17	Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
18	Impartí educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente.
19	Mantuve la reserva de la información clínica y personal de los pacientes
20	Ejercí las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo con el objeto contractual y las necesidades del servicio.
21	Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente reporte eventos adversos e incidentes que servirán para formular acciones o planes de mejoramiento
22	Utilicé el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO.
23	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-científicos que se programaron desde la entidad
24	Cumplí Las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato
25	Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad.

26 Recibí y entregué las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo con lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.

**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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 88510864	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	2025/08/13	\$ 178.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/08/13	\$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 406.200</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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 LINDA JOHANNA MORENO SALAMANCA PS_5306_2025_468F4C <hr/> <b>LINDA JOHANNA MORENO SALAMANCA</b> <b>CC: 53116139</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PS_5306_2025_468F4C <hr/> <b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>