

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN GICETH CORREDOR MORALES			CC:	1233494910	
CORREO ELECTRÓNICO:	KARENCORREDOR475@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3117057706	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 42C 90A 45 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0157213562	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 4853 2025	N° CDP:	2519	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.869.840					



KAREN GICETH CORREDOR MORALES
PS_4853_2025_FB02CE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN GICETH CORREDOR MORALES
CC: 1233494910
CEL: 3117057706

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
KAREN GICETH CORREDOR MORALES

CON C.C N°1.233.494.910

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) 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 SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 4853 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/02/12

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$7.034.160No. HORAS EJECUTADAS168

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$15.181.320VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$1.869.840

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASNUEVE (9) 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)

- 1Notifique inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
- 2Realice los registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.
- 3Realice la desinfeccion y registre en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal
- 4Mantuve la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes
- 5Conoci y cumpli con la politica de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora
- 6Utilice el telefono institucional para tramites de despacho y y dando un buen uso.
- 7Cumpli con las recomendaciones de la arl en las actividad contractuales que lo clasifique como riesgo 4 o 5.
- 8Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, que se programaron desde la entidad
- 9Realice las actividades delegadas por e lsupervisor del contrato
- 10Informe al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos de acuerdo a la situacion clinica del paciente.
- 11Controle los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado.
- 12Informe al profesional de enfermeria o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
- 13Realice la lista de chequeo, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
- 14Realice actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud
- 15Cumpli las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales
- 16Respondi por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil
- 17Realice seguimiento de inventario y diligencimiento del formato mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes
- 18Solicite en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
- 19Recibi y entregue el paciente al profesional de enfermeria del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
- 20Utilice un vestuario acorde a mis actividades contractuales como uniforme
- 21Ofreci trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada.
- 22Cumpli con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad.
- 23Recibi y entregue turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
- 24Oriente a los familiares de los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas establecidas para cada procedimiento
- 25Realice las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
- 26Notifique el inicio y culminacion de actividades al proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicacion establecidos
- 27Recibi y entregue las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9490525770	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/11	\$ 178.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	\$ 229.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 407.900

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	 KAREN GICETH CORREDOR MORALES PS_4853_2025_FB02CE KAREN GICETH CORREDOR MORALES CC: 1233494910
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PS_4853_2025_FB02CE JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1233494910		CORREDOR MORALES KAREN GICETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 42g sur #90a-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9240310	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1769162178	9490525770	I	2025/09/03	2025/09/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	8	\$436,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0	
1	CC	1233494910	CORREDOR KAREN	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS017	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF24	30	\$1,423,500	\$28,500	0	\$0	\$0	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233494910		CORREDOR MORALES KAREN GICETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 42g sur #90a-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9240310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1769162178		9490525770	I	2025/09/03	2025/09/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	\$436,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
TOTAL				1	\$434,300	\$2,300	\$0	\$436,600	