

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA			CC:	1073321304	
CORREO ELECTRÓNICO:	SANTIAGARZONGUZMAN@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3102899965	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 64C SUR 36 31			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488450044091	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5175 2025	N° CDP:	2518	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/01	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	\$ 2.479.440					



LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA
PS_5175_2025_B9C34D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA
CC: 1073321304
CEL: 3102899965

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA				
CON C.C N°			1.073.321.304	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMER?A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5175 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.272.820	No. HORAS EJECUTADAS	240	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.839.530	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.479.440	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ			
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	Administre y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas en el Programa utilizando técnicas de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad.			
2	Apoye actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.			
3	Organice el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno			
4	Cumpli con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.			
5	Ejecute procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas			
6	Realice actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.			
7	Realice las curaciones a los usuarios tanto hospitalizados como ambulatorios que requieren manejo en el Programa de Clínica de Heridas.			
8	Verifique medidas preventivas de eventos adversos e identificar riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.			
9	Vele por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.			
10	Respondi por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.			
11	Asisti a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución			
12	Respondi oportunamente las interconsultas que se realizan desde los servicios a los pacientes hospitalizados.			
13	Realice las curaciones oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, reportar a médico tratante y coordinadores cualquier dificultad presentada con la atención del paciente.			
14	Realice procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la subred.			
15	Di cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de Historia Clínica establecido en la institución.			
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° 9490816900	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/09/15	\$ 179.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/15	\$ 229.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/15	\$ 35.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 444.200

- 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	 LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA PS_5175_2025_B9C34D LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA CC: 1073321304
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ PS_5175_2025_B9C34D SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1073321304		GUZMAN CADENA LUZ ZORAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 64 C SUR # 36-31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102899965	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1775311253		9490816900	I	2025/09/02	2025/09/15	NEQUI	\$473,000

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			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$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			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1073321304	GUZMAN LUZ	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS037	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF24	30	\$1,423,500	\$28,500	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073321304		GUZMAN CADENA LUZ ZORAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 64 C SUR # 36-31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102899965	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	1775311253	9490816900	I	2025/09/02	2025/09/15	NEQUI	13	\$473,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,900	\$0	\$229,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,900	\$0	\$229,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$300	\$0	\$28,800	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$300	\$0	\$28,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,500	\$0	\$179,500	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$1,500	\$0	\$179,500	
TOTAL				1	\$469,000	\$4,000	\$0	\$473,000	