

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KATERIN GUAYARA ROJAS			CC:	1022409058
CORREO ELECTRÓNICO:	GUAYARAKATERIN3@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3223307394
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11D 15 50			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870509793
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5192 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 300.510	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 KATERIN GUAYARA ROJAS PS_5192_2025_B4E49E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KATERIN GUAYARA ROJAS CC: 1022409058 CEL: 3223307394					

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

KATERIN GUAYARA ROJAS

CON C.C N°

1.022.409.058

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 5192 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.582.160	No. HORAS EJECUTADAS	27
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.166.790	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 300.510
--	---------------	---	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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	No cumplí las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la Subred Integrada de Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E.
2	No recibí en la plataforma del software SIRC las solicitudes de los diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente
3	No realicé la entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicado) aplicativo SIRC y/o plataforma Excel
4	No facilité y no direccioné los traslados de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud, de acuerdo con las condiciones clínicas y administrativas de cada usuario
5	No articulé las solicitudes de las unidades que componen la SISSCO y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada
6	No realicé seguimiento a las solicitudes de traslados, referencias e interconsultas o apoyo diagnostico o terapéutico de índole hospitalario
7	No solicité los documentos necesarios para los traslados o remisiones
8	No facilité de acuerdo con las listas de chequeo establecidas la articulación con los diferentes actores de la Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E. de acuerdo con los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer eficientes los servicios
9	No prioricé los despachos de urgencias vitales de acuerdo con el cuadro clínico o diagnóstico, como criterio especial de traslado no requiere aceptación en la unidad destino.
10	No conocí el portafolio de servicios y cumplí la política de seguridad del paciente, reporte evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
11	No revisé el correo institucional las veces que fuese necesario con el objetivo de encontrar información, autorizaciones, provenientes de los diferentes actores que participan en el SGSSS
12	No utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
13	No comenté los pacientes en trámite de remisión de las diversas IPS, erp y entes de control a nivel nacional con el líder de gobierno clínico o quien determine la especialidad solicitada para posible aceptación o negación. la respuesta generada por el equipo asistencial debe quedar en registrada en el aplicativo SIRC
14	Las bitácoras de los pacientes comentados a la SISSCO, deben ser culminadas en el aplicativo SIRC en menos de 24 horas.
15	No realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad
16	No recibí y no entregue las novedades del subproceso asignado de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad
17	No conocí y cumplí con las recomendaciones que la ARL y/o área de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasión a la realización de su actividad contractual que lo clasifiqué como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
18	No asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
19	No utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
20	No cumplí con las actividades descritas en el manual de referencia de la SISSCO

21	No realicé las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1749034816	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/19	\$ 179.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/19	\$ 229.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/19	\$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 444.300
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 ningún 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		KATERIN GUAYARA ROJAS PS_5192_2025_B4E49E KATERIN GUAYARA ROJAS CC: 1022409058	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PS_5192_2025_B4E49E JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO	

