

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MIREYA RAMIREZ MUÑOZ			CC:	52023683	
CORREO ELECTRÓNICO:	ramiriramire@gmail.com			TELÉFONO:	3204222041	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 59A BIS 23D 83 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24129954213	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 4532 2025	N° CDP:	2527	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/01		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.961.868					



LUZ MIREYA RAMIREZ MUÑOZ
PS_4532_2025_D88E36

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ MIREYA RAMIREZ MUÑOZ
CC: 52023683
CEL: 3204222041

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

LUZ MIREYA RAMIREZ MUÑOZ

CON C.C N°

52.023.683

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4532 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.178.997	No. HORAS EJECUTADAS	194
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 40.721.468	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.961.868
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTE Y NUEVE (29) DÍAS
---	---

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR
------------------------	----------------------

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	ACTIVIDADES ENFERMEROS 1.Se realizó recibo y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional. 2. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. 3.Se Realizó verificación de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 4.Se verificó, administró y registró los medicamentos formulados oportunamente, de acuerdo a los protocolos establecidos. se informó al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para hacer ajustes a los tratamientos. 5. Se cumplió con la supervisión de las actividades del personal a cargo, verificando que se realicen los procedimientos y los registros de enfermería. 6. Se Realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. 7.Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 8. Se Realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerita. 9.Participe en forma activa en la revista médica diaria dando aportes según sea el caso. 10. Se Realizó la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio, dejando el registro en el libro de recibo y entrega de turno. 11. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 12.Se Realizó la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para todos los pacientes a cargo y realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. 13.Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio y especiales, radiología, interconsultas, remisiones y traslados que requieran los pacientes a cargo. 14.Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. 15. Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 16. Se realiza verificación de carro paro, según protocolo institucional. 17.Se cumple con portar el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 18.Se realizó verificación y supervisión de manual limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. 19. Se cumplió con las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. 20.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. 21. Se Realizó la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como los pacientes ambulatorios. 22. Se participó activamente en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 23. Se gestionó el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente así lo amerite. 24. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se requirió. 25. Se Realizaron los registros en DHG historia clínica de Enfermería y de forma física en caso de contingencia, de forma oportuna, completa y con criterios de calidad.
---	---

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° 9491255007	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2025/09/18	\$ 262.400	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/18	\$ 335.900	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/18	\$ 51.200	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 649.500	

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<i>LUZ MIREYA RAMIREZ MUÑOZ</i> <i>PS_4532_2025_D88E36</i> LUZ MIREYA RAMIREZ MUÑOZ CC: 52023683
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<i>MAYERLI MARTINEZ HERRERA</i> <i>PS_4532_2025_D88E36</i> MAYERLI MARTINEZ HERRERA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<i>NATALY DUQUE SALAZAR</i> <i>PS_4532_2025_D88E36</i> NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52023683		RAMIREZ MUÑOZ LUZ MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 59 A BIS # 23 D - 83 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7150836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1804224637	9492461011	N	2025/09/18	2025/09/26	BANCO CAJA SOCIAL	\$32,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES																										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF																				
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																																		
1	CC	52023683	RAMIREZ LUZ							A										25-14	30	EPS005	30		0	14-11	30	2.436%	0		No																			
2	CC	52023683	RAMIREZ LUZ							C	X									25-14	30	EPS005	30		0	14-11	30	2.436%	0		No																			
Total Afiliados(1)																																																		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52023683		RAMIREZ MUÑOZ LUZ MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 59 A BIS # 23 D - 83 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7150836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1804224637	9492461011	N	2025/09/18	2025/09/26	BANCO CAJA SOCIAL	\$32,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$16,800	\$100	\$0	\$16,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$16,800	\$100	\$0	\$16,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,500	\$100	\$0	\$2,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$2,500	\$100	\$0	\$2,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,100	\$100	\$0	\$13,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$13,100	\$100	\$0	\$13,200
TOTAL				1	\$32,400	\$300	\$0	\$32,700

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	PS 4532 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025 .pdf	PS 4532 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025 .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 4532 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 .pdf	PS 4532 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 4532 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (2) .pdf	PS 4532 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (2) .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 4532 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (7) .pdf	PS 4532 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (7) .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 4532 2025 CRP 27-05-2025 .pdf	PS 4532 2025 CRP 27-05-2025 .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 4532 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (36) .pdf	PS 4532 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (36) .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	2 PS 4532 2025 CRP-15583 .pdf	2 PS 4532 2025 CRP-15583 .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	3 PS 4532 2025 CRP-18242 .pdf	3 PS 4532 2025 CRP-18242 .pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	PS 4532CUENTA DE COBRO JULIO 2025 .pdf	PS 4532CUENTA DE COBRO JULIO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS_4532_2025_AGOСТО_PLANILLAS.pdf	PS_4532_2025_AGOСТО_PLANILLAS.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS_4532_2025_OCTUBRE_PLANILLAS.pdf	PS_4532_2025_OCTUBRE_PLANILLAS.pdf	Proveedor Descargar Detalle
			Borrar Cargar nuevo
Cancelar	< Evaluación de la Entidad Estatal >		