

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA HERNANDEZ CRISTIANO			CC:	23857977
CORREO ELECTRÓNICO:	DIANACRIST009@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3102078607
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR 8 70			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488439876548
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4971 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 3.372.480
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/27	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/09/01
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				



DIANA HERNANDEZ CRISTIANO
PS_4971_2025_C521FA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA HERNANDEZ CRISTIANO

CC: 23857977

CEL: 3102078607

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

CON C.C N°23.857.977

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 4971 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/02/27

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$7.674.266No. HORAS EJECUTADAS180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$27.541.920VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.372.480

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (6) MESES Y CINCO (5) DÍAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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)

- 1Conozco y cumpla con las políticas y procedimientos establecidos por la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumpla los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumpla la visión y misión de la Subred Centro Oriente.
- 2Realice 16 actividades educativas al paciente o cuidador, documenta los procesos de educación en la historia clínica.
- 3Entrega de informe de producción mensual y objetivos (3 Octubre 2025), Se subieron evidencias al drive desde el 3 de Octubre 2025 y se registra a diario el informe de producción.
- 4Realice registro completo y con calidad de 702 Historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
- 5Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente
- 6Asistí a la capacitación del equipo
**** Fortalecimiento ruta ccvm y respiratoria
**** Encuesta percepción y conocimiento de los colaboradores sobre la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud y la higiene de manos.

**** Actualización hoja de vida SIDEAP
- 709 -Septiembre del 2025 Fortalecimiento ruta ccvm y respiratoria
**** 18 septiembre 2025 Encuesta percepción y conocimiento de los colaboradores sobre la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud y la higiene de manos.

**** 11 Octubres 2025 Actualización hoja de vida SIDEAP
- 8Informe a mi supervisor cambio de turno con fechas y jornada
- 9Diligencie formatos de limpieza y desinfección
- 10Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección
- 11Realice 328 -sesiones de Terapia Respiratoria en área hospitalaria
- 12Se aplicaron 1481 objetivos con un cumplimiento del 92%
Realice 626 Actividades facturables:
Se atendieron 280 pacientes, 328 terapia respiratoria, 85 gases arteriales, 213 Micronebulizaciones
Realice 434 Actividades NO facturables:
221 oximetrías, 1 respuesta a interconsulta, 8 cambio de fijaciones, 20 cambios de insumos, 7 registro formato de gases arteriales, 7 formatos parámetros ventilatorios, 150 de limpieza y desinfección ventiladores Y/O equipos. 16 educación paciente familiar, 2 asistencia RCP

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° 9492603426	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 DIANA HERNANDEZ CRISTIANO PS_4971_2025_C521FA DIANA HERNANDEZ CRISTIANO CC: 23857977
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_4971_2025_C521FA ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23857977		HERNANDEZ CRISTIANO DIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 13 sur # 8 -70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1843375510		9492603426	I	2025/10/20	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$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			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	23857977	HERNANDEZ DIANA	231001	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$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 23857977		HERNANDEZ CRISTIANO DIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 13 sur # 8 -70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1843375510	9492603426	I	2025/10/20	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 4971 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4971 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4971 2025 CRP-18570.pdf	3 PS 4971 2025 CRP-18570.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4971 2025 CRP-15791.pdf	2 PS 4971 2025 CRP-15791.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ps4971 2025 cuenta de cobro de marzo 2025.pdf	ps4971 2025 cuenta de cobro de marzo 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 4971 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >