

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NANCY YOLANDA GONZALEZ ROJAS			CC:	52076174
CORREO ELECTRÓNICO:	NANAGON1@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3005539900
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 51B 18S 28			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400754548
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2926 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.372.480	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 NANCY YOLANDA GONZALEZ ROJAS PS_2926_2025_FC4B5C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NANCY YOLANDA GONZALEZ ROJAS CC: 52076174 CEL: 3005539900					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
NANCY YOLANDA GONZALEZ ROJAS

CON C.C N° 52.076.174

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 2926 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 16.187.904	No. HORAS EJECUTADAS	180
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 42.493.248	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.372.480
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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	1. Realicé 251 PROCEDIMIENTOS de Terapia Respiratoria en UCI Y HOSPITALIZACIÓN. procurando el mejoramiento de la salud del paciente.
2	2. Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3	3. Presté servicios asistenciales respetando autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
4	4. . Realicé 1066 actividades . Realicé 251 terapias respiratorias , Se realiza la toma, registro en el formato e interpretación de 18 gases arteriales y venosos . Atendí 182 pacientes con oxígeno y les realicé 408 oximetrías. Tomé 2 muestras respiratorias. Realicé 10 traslados de pacientes críticos. Asistí a 4 procedimientos de Fibrobroncoscopia. Realicé el cambio de 65 fijaciones /ó sujetadores de vía aérea artificial, 64 cambios de insumos para los procedimientos de Terappia respiratoria. Realicé 12 Extubaciones programadas. Realicé el registro de 279 reporte de mecánica ventilatoria. Realizé 211 procedimientos de limpieza y desinfección de los ventiladores mecánicos Asistí a 2 Reanimaciones avanzadas de pacientes críticos.. Estas actividades se realizan según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.
5	5. Realicé 2 seguimientos a los pacientes valorados, brindar pautas de manejo y educación a los familiares y lo cuidadores de los pacientes.
6	6. Llevé el registro de las 1066 ACTIVIDADES, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	7. Cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.
8	8. Diligencíé 251 EVOLUCIONES EN HISTORIA CLÍNICA. en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
9	9. Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
10	10. Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
11	11. Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
12	12. Participé en la programación de actividades del servicio. REALIZACIÓN DEL CURSO DE POCT-
13	17. NA
14	19. Asistí a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. CURSO VICTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y VICTIMAS DE LA VIOLENCIA CON AGENTES QUÍMICOS CON LA SUB RED CON LA SUB RED
15	20. Informé al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. SE INFORMA OPORTUNAMENTE LOS CAMBIOS DE TURNOS A LA CORDINACIÓN.
16	21. Facilité las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.

17	22. Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.		
18	23. Cumplí con el uso adecuado de los elementos de protección personal y aplicar las normas del manual de bioseguridad de la Subred.		
19	24. Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor.		
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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91392987	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/11	\$ 181.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/11	\$ 232.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/11	\$ 35.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 448.700
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		 NANCY YOLANDA GONZALEZ ROJAS PS_2926_2025_FC4B5C NANCY YOLANDA GONZALEZ ROJAS CC: 52076174	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 ANGELA MARIA MENDOZA MESA PS_2926_2025_FC4B5C ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	52076174	NANCY YOLANDA GONZALEZ ROJAS		cra 58b numero 18-28 casa 134	6015342792	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-10	2025-10	I	11/11/2025	91392987	\$457.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	181.300	0		0		0	0	0	0	181.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	232.000	0	0	0	0	0	0		232.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.700	0	0	8.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	181.300	181.300
Pensión	1	232.000	232.000
Riesgos Laborales	1	35.400	35.400
CCF	1	8.700	8.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	457.400	457.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52076174	NANCY YOLANDA GONZALEZ ROJAS		cra 58b numero 18-28 casa 134	6015342792	nanagon1@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	11/11/2025	91392987	\$457.400

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52076174	GONZALEZ ROJAS NANCY YOLANDA	57	0		N																		25-14	1.450.000	232.000	0	0	0	0	EPS008	1.450.000	181.300	14-7	1.450.000	3	35.400	CCF24	1.450.000	8.700	0	0	0	0	0

PAGADA



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 9:36:46
NANCY YOLANDA GON...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



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](#)

Datos guardados

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 2926 2025 CUENTA DE COBRO MES ENERO.pdf	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO MES ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ps 2926 2025 cuenta de cobro febrero 2025.pdf	Ps 2926 2025 cuenta de cobro febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2926 2025 CUENTA COBRO AMRZO 2025.pdf	PS 2926 2025 CUENTA COBRO AMRZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	PS 2926 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2926 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2926 2025 CRP-7205.pdf	1 PS 2926 2025 CRP-7205.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2926 2025 CRP-14805.pdf	2 PS 2926 2025 CRP-14805.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2926 2025 CRP-18372.pdf	3 PS 2926 2025 CRP-18372.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	PS 2926 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>