



Buscar contrato

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

<u>Id del contrato</u>	<u>Número del Contrato</u>	<u>Entidad Estatal</u>	<u>Tipo de entidad</u>	<u>Fecha de firma</u>	<u>Fecha de finalización</u>	<u>Facturación de la entidad</u>	<u>Valor total de</u>
6836800	PS 6424 2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1	Entidad Estatal	25/09/2025 1:11:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	28 días para terminar (15/01/2026 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ	8
6810929	CPS-6942-2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. (OFICIAL)	Entidad Estatal	17/09/2025 4:39:18 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	31/10/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ	3
2771541	CPS-4554-2022	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. (OFICIAL)	Entidad Estatal	27/05/2022 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	31/12/2023 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ	33
1143100	CPS-5253-2020	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. (OFICIAL)	Entidad Estatal	5/10/2020 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/01/2021 11:59:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ	9
1641208	PS 4561 2021	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1	Entidad Estatal	24/03/2021 1:17:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	31/01/2022 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ	19

[Ver más](#)

OPCIONES

VER

HERRAMIENT

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ		CC:	1033713580	
CORREO ELECTRÓNICO:	leidymoncada1989@gmail.com		TELÉFONO:	3113062467	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 32D BIS 12I 40 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488454963585

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6424 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.470.860
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/24	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ
PS_6424_2025_E8B822

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ

CC: 1033713580

CEL: 3113062467

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

LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ

CON C.C N° 1.033.713.580

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 6424 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/24
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.553.222	No. HORAS EJECUTADAS	222
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.898.900	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.470.860
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
--	-----------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	--------------------------

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 | 1. Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato |
| 2 | contrato.2. Se Realizaron las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería.) |
| 3 | enfermería.)3. Se Notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. |
| 4 | 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. |
| 5 | 5. Se revisó la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria y tratamiento para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente. |
| 6 | 6.Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permitieron mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. |
| 7 | 7 Se cumplió con las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. |
| 8 | 8. Se respondió por los inventarios, se realizó control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se desarrollaron las actividades. |
| 9 | 9. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando atención humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización. |
| 10 | 10. Se mantuvo la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución. |
| 11 | 11. Se Realizaron asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes. |

12	12. Se mantuvo visible el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.
13	13. Se solicitó, custodió y retornó el instrumental completo con previa inactivación según el área que corresponda, teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.
14	14. Se cumplió con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.
15	15. Se recepcionó la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizando el registro en el formato correspondiente.
16	16. Se ejecutaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.
17	17. Se realizó limpieza y desinfección recurrente y terminal, para mantener limpia y ordenada la unidad.
18	18. Se ejecutaron los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas.
19	19. Se implementó el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
20	20. Se realizó el diligenciamiento en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos con su respectivo registro en los tiempos definidos.
21	21. Se cumplió con el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades.
22	22. Se cumplió con la asistencia a las reuniones y capacitaciones programadas.
23	23. Se ejecutaron las actividades establecidas según protocolo carro paro.

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° 9494772447	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/18	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/18	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 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 ibr 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



LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ

PS_6424_2025_E8B822

LEIDY JOHANNA MONCADA SANCHEZ

CC: 1033713580

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LORENA MERCEDES PARRA VARGAS

PS_6424_2025_E8B822

LORENA MERCEDES PARRA VARGAS

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_6424_2025_E8B822

NATALY DUQUE SALAZAR

SUPERVISOR DEL CONTRATO