

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KATHERINE ALEXANDRA GALINDO SARMIENTO			CC:	1033769090
CORREO ELECTRÓNICO:	KATHERINEGALINDO123@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3125636082
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18A BIS 60G 34C			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870450287
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5472 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.404.080
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				



KATHERINE ALEXANDRA GALINDO SARMIENTO

PS_5472_2025_3EBF49

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KATHERINE ALEXANDRA GALINDO SARMIENTO

CC: 1033769090

CEL: 3125636082

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 KATHERINE ALEXANDRA GALINDO SARMIENTO

CON C.C N° 1.033.769.090

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 5472 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/15
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.417.652	No. HORAS EJECUTADAS	216
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.588.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.404.080
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
------------------------	---

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 SOPORTO MIS ENTREGA Y RECEPCION DE TURNO CON LOS REGISTROS DE ENFERMERIA CORRECTANMENTE DILIGENCIADOS Y CON ESTANDARES DE CALIDAD
2	2. REALIZAO MIS ACTIVIDADES SEGÚN EL CRONOGRAMA ESTABLECIDO EN EL SERVICIO
3	3. EN EL DESARROLLO DE MIS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NORMAS ESTABLECIDAS SE LLEVARÁ CONFIDENCIALIDAD EN LA INFORMACION
4	4. DESARROLLARE LOS REGISTROS CLINICOS Y LOS ANEXOS SEGÚN EL LINEAMIENTO ESTABLECIDO
5	5. REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES SEGÚN MI PERFIL HABILITADO EN LA SUBRED CON ESTANDERES EN CALIDAD DEL DATO
6	6 . SEGÚN EL EQUIPO QUE SE ME SEA ASIGNADO EN LA PRESTACION DE MIS FUNCIONES, TENDRE EL CUIDADO SEGÚN LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS Y CON LOS SOPORTES DE LOS EQUIPOS
7	7. PARTICIPARE EN LAS REUNIONES PARA LA ELABORACION DE GUIIS SEGÚN PROTOCOLOS, MAN
8	8. SIGO DE FORMA ADECUADA LAS INDICACIONES PRESCITAS ESTABLECIDAS POR LA SUBRED CON LAS GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS
9	9. SIGO DE FORMA ADECUADA LAS INDICACIONES PRESCITAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION Y ACREDITACION
10	10. DOY RESPUESTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y DE MANERA OPORTUNA CON LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
11	11. EN CASO DE DE PRESENTARSE UN EVENTO SALUD PUBLICA DAR MANEJO SEGÚN LOS PROTOCOLOS DE
12	12. EN CASO DE PRESENTARSE ALGUN EVENTO O INCIDENTE DE ALGUN EVENTO ADVERSO O COMPLICACIONES QUE SE PRESENTE REALIZAR EL ADECUADO MANEJO SEGÚN EL MANUAL TECNICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
13	DESARROLLO MIS ACTIVIDADES SEGÚN LA ASIGNACION DE MI SUPERVISOR EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE
14	EJERSO LAS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NORMAS Y REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DONDE PRESTO MIS FUNCIONES
15	15 . VELO POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-01) AL (2025-12-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 92234156	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 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 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	 KATHERINE ALEXANDRA GALINDO SARMIENTO PS_5472_2025_3EBF49 KATHERINE ALEXANDRA GALINDO SARMIENTO CC: 1033769090		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 VANESSA CORREDOR GUZMAN PS_5472_2025_3EBF49 VANESSA CORREDOR GUZMAN SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_5472_2025_3EBF49 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		