

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52061406		REINA REINA MARIA DORIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 # 11 - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2898162	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	35717464		9493337010	I	2025/12/02	2025/11/19	BANCO DE OCCIDENTE	\$470,300

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)					\$1,520,000	\$243,200			\$1,520,000	\$190,000			\$0	\$0			\$1,520,000	\$37,100		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,520,000	\$243,200			\$1,520,000	\$190,000			\$0	\$0			\$1,520,000	\$37,100		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,520,000	\$243,200			\$1,520,000	\$190,000			\$0	\$0			\$1,520,000	\$37,100		\$0	\$0	
1	CC	52061406	REINA MARIA	25-14	30	\$1,520,000	\$243,200	EPS008	30	\$1,520,000	\$190,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,520,000	\$37,100	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,520,000	\$243,200			\$1,520,000	\$190,000			\$0	\$0			\$1,520,000	\$37,100		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52061406		REINA REINA MARIA DORIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 # 11 - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2898162	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	35717464		9493337010	I	2025/12/02	2025/11/19	BANCO DE OCCIDENTE	\$470,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$243,200	\$0	\$0	\$243,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$243,200	\$0	\$0	\$243,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,100	\$0	\$0	\$37,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$37,100	\$0	\$0	\$37,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$190,000	\$0	\$0	\$190,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$190,000	\$0	\$0	\$190,000	
TOTAL				1	\$470,300	\$0	\$0	\$470,300	

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA DORIS REINA REINA			CC:	52061406
CORREO ELECTRÓNICO:	DORISALUD@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3046670602
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2 N° 11 - 15 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004800350151
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2465 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 3.798.492
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				



MARIA DORIS REINA REINA
PS_2465_2025_2C2A00

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA DORIS REINA REINA

CC: 52061406

CEL: 3046670602

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

MARIA DORIS REINA REINA

CON C.C N°

52.061.406

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 2465 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

15.684.096

No. HORAS EJECUTADAS

186

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

52.443.696

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

3.798.492

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRECE (13) 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)

ACTIVIDADES ENFERMEROS

1.Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.2.Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas.3.Se verifico 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 administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.5.Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.6.Se Realizo 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 Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.9.Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso.10.Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.11.Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.12.Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.13.Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.14.Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred.15.Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a

1

el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas.16.Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.17.Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.19.Se hace verificación y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.20.Se cumplen 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.21.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.22.Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería. 23.Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.24.Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 25.cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite. 26.Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.27. Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE. 28.cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.29.se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.30.Se Realiza los registros

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9493337010	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/19	\$ 190.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/19	\$ 243.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	\$ 37.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 470.300

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 afiliación 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



MARIA DORIS REINA REINA

PS_2465_2025_2C2A00

MARIA DORIS REINA REINA

CC: 52061406

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO

PS_2465_2025_2C2A00

LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO

SUPERVISOR ALTERNO

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



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_2465_2025_2C2A00

NATALY DUQUE SALAZAR

SUPERVISOR DEL CONTRATO