

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA MAYERLY ROJAS CONTRERAS		CC:	53114396	
CORREO ELECTRÓNICO:	DIANAMAYERLYROJAS@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3123684582	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10A ESTE 62 65 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488453492057

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6022 2025	N° CDP:	2527	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UNO (1) MESES Y SIETE (7) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 2.003.400



DIANA MAYERLY ROJAS CONTRERAS
PS_6022_2025_18F86B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MAYERLY ROJAS CONTRERAS

CC: 53114396

CEL: 3123684582

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DIANA MAYERLY ROJAS CONTRERAS

CON C.C N° **53.114.396**

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 6022 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/25
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.553.222	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.693.582	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.003.400
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) MESES Y SIETE (7) DÍAS
--	--------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
--	---------------------------

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 | . NOTIFICAR CASOS NUEVOS (SIVIGILA) |
| 2 | . EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO EN EL PROGRAMA DE CLÍNICA DE HERIDAS |
| 3 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, REALIZAR 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 ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES |
| 4 | . MANTENER 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 |
| 5 | . REALIZAR ASESORÍAS PRETEST Y PRUEBAS RÁPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INTRAMURALES Y EXTRAMURALES SEGÚN SOLICITUDES REALIZADAS GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA, PLANILLAS E INFORMES GARANTIZANDO QUE SE REALICEN LOS RESPECTIVOS INFORMES |
| 6 | SOLICITAR, ALISTAR, ENTREGAR, CUSTODIAR Y RETORNAR LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL SEGÚN EL ÁREA QUE CORRESPONDA TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN INSTITUCIONAL |
| 7 | PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. REALIZANDO ACTUALIZACIÓN DE BASES DE DATOS Y INFORMES PARA ENTREGA SEGÚN FECHAS ESTIPULADAS POR LA SUB RED PARA SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES., ASIGNACIÓN DE CITAS, DEMANDA INDUCIDA, SEGUIMIENTO, VACUNACIÓN, ESTERILIZACIÓN, Y DEMÁS PROCEDIMIENTOS, DENTRO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD, DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD Y ACOGIENDO LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED. |
| 8 | CUMPLIR 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 |
| 9 | . REALIZAR LA RECEPCIÓN, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTINGENCIA, FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, REALIZADO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE |
| 10 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS Y RECIBIR PRENDAS DE ROPA QUIRURJICA PARA LA ELABORACIÓN DE PAQUETES TENIENDO EN CUENTA LAS TAREAS DE AUTOCLAVES DE ESTERILIZACIÓN EN CUANTO ACOMODACIÓN DE LA CARGAS EN LA CÁMARA, COLOCACIÓN DIARIA DE TEST BOWIE & DICK Y EL MONITOREO DEL PROCESO DE VALIDACIÓN DE CADA CARGA Y REGISTRO EN LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES |
| 11 | . PROMOVER, PARTICIPAR EN JORNADAS DE TAMIZAJE DE POBLACIÓN EN RIESGO, EN LAS DIFERENTES UNIDADES Y SERVICIOS; REALIZANDO REGISTROS ESTADISTICOS DE LAS ASESORÍAS PARA LOS INFORMES MENSUALES |
| 12 | . PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES |
| 13 | APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

14	. VELAR POR EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO
15	DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y REALIZAR EL REGISTRO Y LECTURA A DIARIO DE TERMO HIDROMETRÍA DEL SERVICIO
16	ORGANIZAR EL SERVICIO Y REALIZAR ALISTAMIENTO DE ÁREAS CON LA DOTACIÓN NECESARIA Y MANTENERLOS ORDENADOS PARA FACILITAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIO ADECUADO Y OPORTUNO.
17	. REALIZAR BÚSQUDA ACTIVA DE POBLACIÓN CLAVE, REALIZANDO TODO EL PROCESO CORRESPONDIENTE PARA EL DIAGNÓSTICO (PRUEBAS RÁPIDAS)
18	DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCIÓN EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DENTRO DE LAS ÁREAS ASIGNADAS
19	APOYAR EL CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD SEGÚN EL REQUERIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ASISTIR A JORNADAS DE CAPACITACIONES, REUNIONES Y EVENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
20	REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA REVISIÓN MENSUAL DEL CARRO, , SECUENCIA Y VERIFICACIÓN CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS OPORTUNOS SEGÚN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA. DESFIBRILADOR SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.
21	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LA MISMAS .
22	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PREVIENIENDO 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.
23	. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MÉDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE
24	INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MÉDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA
25	. REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCIÓN DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRAL DEL PACIENTE
26	ILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA 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
27	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES.
28	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA SEGÚN POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACIÓN .

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 0	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/01	\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/01	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/08/01	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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 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



DIANA MAYERLY ROJAS CONTRERAS

PS_6022_2025_18F86B

DIANA MAYERLY ROJAS CONTRERAS

CC: 53114396

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO

PS_6022_2025_18F86B

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_6022_2025_18F86B

NATALY DUQUE SALAZAR

SUPERVISOR DEL CONTRATO