

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	KATHERINE YINNETH NARANJO VELASCO		CC:	53072406	
CORREO ELECTRÓNICO:	katicanaranjo84@gmail.com		TELÉFONO:	3143942334	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 56 16 16 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488419211005

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7925 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.003.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



KATHERINE YINNETH NARANJO VELASCO
PS_7925_2025_1E0E78

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KATHERINE YINNETH NARANJO VELASCO
CC: 53072406
CEL: 3143942334

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

KATHERINE YINNETH NARANJO VELASCO

CON C.C N° 53.072.406

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 7925 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/12
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.311.114	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.316.214	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.003.400
---	--------------	--	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
--	-----------------------------

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)
-------------	--

	<p>1. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS .2. REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. (RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, ACTIVIDADES DE ENFERMERIA Y DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DEL PROCESO DE ENFERMERIA. 3. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE.4. INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. 5. REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE. 6. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 7. CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES. 8. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, REALIZAR CONTROL, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES. 9. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA SEGUN POLITICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACION . 10. MANTENER LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION.11. REALIZAR ASESORIAS PRETEST Y PRUEBAS RAPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INTRAMURALES Y EXTRAMURALES SEGUN SOLICITUDES REALIZADAS GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA, PLANILLAS E INFORMES GARANTIZANDO QUE SE REALICEN LOS RESPECTIVOS INFORMES . 12. REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACION CLAVE, REALIZANDO TODO EL PROCESO CORRESPONDIENTE PARA EL DIAGNOSTICO (PRUEBAS RAPIDAS) 13. NOTIFICAR CASOS NUEVOS (SIVIGILA) 14. PROMOVER, PARTICIPAR EN JORNADAS DE TAMIZAJE DE POBLACION EN RIESGO, EN LAS DIFERENTES UNIDADES Y SERVICIOS; REALIZANDO REGISTROS ESTADISTICOS DE LAS ASESORIAS PARA LOS INFORMES MENSUALES.15. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.16. SOLICITAR, ALISTAR, ENTREGAR, CUSTODIAR Y RETORNAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL INSTRUMENTAL SEGUN EL AREA QUE CORRESPONDA TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACION INSTITUCIONAL.17. PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD. REALIZANDO ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS Y INFORMES PARA ENTREGA SEGUN FECHAS ESTIPULADAS POR LA SUB RED PARA SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES., ASIGNACION DE CITAS, DEMANDA INDUCIDA, SEGUIMIENTO, VACUNACION, ESTERILIZACION, Y DEMAS PROCEDIMIENTOS, DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD, DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED. 18. CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y CON LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA, LO CUAL INCLUYE APOYO E INSTRUMENTACION DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN CONSULTORIO, TRASLADO Y ENTREGA</p>
--	---

1

DE MUESTRAS DE PATOLOGIA. 19. REALIZAR LA RECEPCION, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE CONTINGENCIA, FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTION DOCUMENTAL, REALIZADO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE. 20. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION Y HABILITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 21. ORGANIZAR EL SERVICIO Y REALIZAR ALISTAMIENTO DE AREAS CON LA DOTACION NECESARIA Y MANTENERLOS ORDENADOS PARA FACILITAR LA PRESTACION DE SERVICIO ADECUADO Y OPORTUNO. 22. EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO EN EL PROGRAMA DE CLINICA DE HERIDAS 23. VELAR POR EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO. 24. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS Y RECIBIR PRENDAS DE ROPA QUIRURGICA PARA LA ELABORACION DE PAQUETES TENIENDO EN CUENTA LAS TAREAS DE AUTOCLAVES DE ESTERILIZACION EN CUANTO ACOMODACION DE LA CARGAS EN LA CAMARA, COLOCACION DIARIA DE TEST BOWIE & DICK Y EL MONITOREO DEL PROCESO DE VALIDACION DE CADA CARGA Y REGISTRO EN LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES. 25. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y REALIZAR EL REGISTRO Y LECTURA A DIARIO DE TERMO HIDROMETRIA DEL SERVICIO. 26. DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCION DENTRO DE LAS AREAS ASIGNADAS. 27. APOYAR EL CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN 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. 28. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA REVISION MENSUAL DEL CARRO, , SECUENCIA Y VERIFICACION CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS OPORTUNOS SEGUN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA. DESFIBRILADOR SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.

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° 9494933143	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/10	\$ 160.143
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/10	\$ 204.984
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 31.208
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 396.335

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 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



KATHERINE YINNETH NARANJO VELASCO

PS_7925_2025_1E0E78

KATHERINE YINNETH NARANJO VELASCO

CC: 53072406

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MAYERLI MARTINEZ HERRERA

PS_7925_2025_1E0E78

MAYERLI MARTINEZ HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

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



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_7925_2025_1E0E78

NATALY DUQUE SALAZAR

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53072406		NARANJO VELASCO KATHERINE YINNETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 56 N 16- 16 BARRIO MINITAS	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143942334	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	38970185	9494933143	I	2025/12/02	2025/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	\$188,800

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	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$569,400	\$91,200			\$569,400	\$71,200			\$569,400	\$11,400			\$569,400	\$13,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$569,400	\$91,200			\$569,400	\$71,200			\$569,400	\$11,400			\$569,400	\$13,900		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$569,400	\$91,200			\$569,400	\$71,200			\$569,400	\$11,400			\$569,400	\$13,900		\$0	\$0
1	CC 53072406	NARANJO KATHERINE	230201	12	\$569,400	\$91,200	EP5005	12	\$569,400	\$71,200	CCF24	12	\$569,400	\$11,400	14-11	12	\$569,400	\$13,900	12	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$569,400	\$91,200			\$569,400	\$71,200			\$569,400	\$11,400			\$569,400	\$13,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53072406		NARANJO VELASCO KATHERINE YINNETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 56 N 16- 16 BARRIO MINITAS	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143942334	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2025-11	2025-11	38970185	9494933143	I	2025/12/02	2025/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	7	\$188,800

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$91,200	\$500	\$0	\$91,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$91,200	\$500	\$0	\$91,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,900	\$100	\$0	\$14,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$13,900	\$100	\$0	\$14,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,400	\$100	\$0	\$11,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$11,400	\$100	\$0	\$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$71,200	\$400	\$0	\$71,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$71,200	\$400	\$0	\$71,600
TOTAL				1	\$187,700	\$1,100	\$0	\$188,800