

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUCIA ALEJANDRA BLANCO ORTIZ			CC:	52215085
CORREO ELECTRÓNICO:	ALEJABLANCO@LIVE.COM			TELÉFONO:	3124108394
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2C 41A 10			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24125700267
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7939 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.804.760	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 LUCIA ALEJANDRA BLANCO ORTIZ PS_7939_2025_D52955 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUCIA ALEJANDRA BLANCO ORTIZ CC: 52215085 CEL: 3124108394					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LUCIA ALEJANDRA BLANCO ORTIZ

CON C.C N°52.215.085

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7939 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/13
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.242.108	No. HORAS EJECUTADAS	252
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.247.208	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.804.760
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)
1	1. Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del 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. Se Notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. 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. 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.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 Se cumplió con las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. 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. 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. 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. 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. Se mantuvo visible el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 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. 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. 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. 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. Se realizó limpieza y desinfección recurrente y terminal, para mantener limpia y ordenada la unidad. 18. Se ejecutaron los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. 19. Se implementó el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 20. Se realizó el diligenciamiento en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos con su respectivo registro en los tiempos definidos. 21. Se cumplió con el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades. 22. Se cumplió con la asistencia a las reuniones y capacitaciones programadas. 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 000000000	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	0001/01/01	\$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION	0001/01/01	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	0001/01/01	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

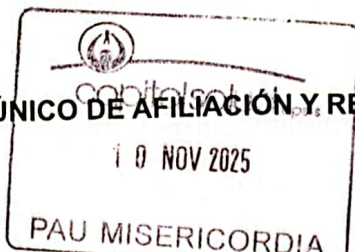
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en 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	 LUCIA ALEJANDRA BLANCO ORTIZ PS_7939_2025_D52955 LUCIA ALEJANDRA BLANCO ORTIZ CC: 52215085
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MAYERLI MARTINEZ HERRERA PS_7939_2025_D52955 MAYERLI MARTINEZ HERRERA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 NATALY DUQUE SALAZAR PS_7939_2025_D52955 NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Número de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedad ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria Si ☐ No ☐
5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos Blanco Ortiz Lucia Aliprandi			
9. Tipo documento de identidad Cedula	10. Número de documento de identidad 52215085	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo de identificación F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento Columba Cundinamarca	15. Fecha de nacimiento 25/08/1976	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☒	Categoría de discapacidad	Tipo	Condición
19. Tiene encuesta SISBÉN Si ☐ No ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Suror	23. Administradora de Pensiones Proteccion	24. Ingresos base de cotización - IBC \$1.423.500	25. Tarifa Contribución Solidaria		
26. Residencia Calle 2C 41-10 3124108394 Aliprandi@live.com					
Cundinamarca Bogotá Puente Aranda Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres completos			
28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres completos						
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
B1						
B2						
B3						
36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	40. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1						
B2						
B3						

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Si ☐ No ☐	48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si ☐ No ☐	50. Incapacidad permanente Si ☐ No ☐
B1							
B2							
B3							
51. Datos de residencia Departamento		Municipio/Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							

Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1		
B2		
B3		

Selección de la IPS primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Lucia Aliprandi Blanco Ortiz	CC	52215085	
59. Ubicación			
Alfaro 41-10 3124108394 Aliprandi@live.com Cundinamarca Bogotá			

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BLANCO ORTIZ LUCIA ALEJANDRA** identificado(a) con **CC** número **52.215.085** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURA

1. NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

2. TIPO DE DOCUMENTO

52215085

3. Numero de Documento

LUCIA

4. Primer Nombre

ALEJANDRA

5. Segundo Nombre

BLANCO

6. Primer Apellido

ORTIZ

7. Segundo Apellido

25/08/1976

8. Fecha de Nacimiento

BOGOTA

9. Ciudad de Residencia

CALLE 2 C 41 A 10

10. Dirección de Residencia

CAPITAL SALUD

11. EPS - Salud

PROTECCION

12. AFP - Pensiones

AUXILIAR DE ENFERMERIA

13. Perfil/ Profesión

Alejablanc@live.com

14. Correo Electrónico

3124108394

15. Celular

Alejandro Blanco

16. Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
apoyocontratacion@subredcentrooriente.gov.co**

Diagonal 34 N° 5 - 37 PBX: 3282828 - ext 11011

1. Para el diligenciamiento del presente documento es importante que la información reportada sea legible y clara. El documento se debe diligenciar de forma digital siguiendo las indicaciones del instructivo en la hoja siguiente.

2. Para afiliaciones ARL RIESGO IV y V la entidad realizara el tramite de afiliación de la persona con el operador oficial de la institución, generando los aportes correspondientes conforme el centro de trabajo y riesgo.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LUCIA ALEJANDRA BLANCO ORTIZ Identificado con CC 52215085

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CIUDAD MONTES, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24125700267
Fecha de apertura:	5 de Septiembre de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 27 de Noviembre de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva