

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO		CC:	52432355
CORREO ELECTRÓNICO:	HEIDYMAGALYSUAREZCASTRO11@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3123343581
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 68H 39A 15 SUR		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 456800069183

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4852 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.003.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO
PS_4852_2025_C45204

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO

CC: 52432355

CEL: 3123343581

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

HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO

CON C.C N°

52.432.355

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4852 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/12
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.034.160	No. HORAS EJECUTADAS	180
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.866.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.003.400
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
-------------------------------	------------------------------

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 | .Recibí y entregue turno de acuerdo a los protocolos de la entidad |
| 2 | .Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado. |
| 3 | .Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento |
| 4 | .Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud |
| 5 | .Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. |
| 6 | .Informé al profesional de enfermería o al medico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. |
| 7 | .Realicé la lista de chequeo, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados |
| 8 | .Realicé los registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el área correspondiente. |
| 9 | .Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales |
| 10 | .Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil |
| 11 | .Realicé seguimiento de inventario y diligenciamiento del formato mi-ur-ft-032 ambulancia básica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes |
| 12 | Cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad. |
| 13 | .Realicé la desinfección y registre en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal |
| 14 | .Solicité en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado. |
| 15 | .Recibí y entregue el paciente al profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino. |
| 16 | .Utilicé un vestuario acorde a mis actividades contractuales como uniforme |
| 17 | .Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada. |
| 18 | .Informé al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente. |
| 19 | .Mantuve en reserva de la historia clínica de los pacientes |
| 20 | .Realicé las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. |
| 21 | .Notifiqué el inicio y culminación de actividades al proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos |
| 22 | .Recibí y entregue las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales |
| 23 | .Conocí y cumplí con la política de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora |
| 24 | .Utilicé el teléfono institucional para tramites de despacho y dando un buen uso. |
| 25 | .Cumplí con las recomendaciones de la al en las actividad contractuales que lo clasifique como riesgo 4 o 5. |
| 26 | .Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, que se programaron desde la entidad |
| 27 | .Realicé las actividades delegadas por e supervisor del contrato |

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 92270149	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/11	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

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	 HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO <i>PS_4852_2025_C45204</i> <hr/> HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO CC: 52432355
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE <i>PS_4852_2025_C45204</i> <hr/> JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO



- 1 Información general
- 2 la mayoría de la població...
- 3 Bienes y servicios
- 4 mensajeros del.
- 5 mensajes del contrato
- 6 Información presupuesta
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

ID de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 4852 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 4852 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4852 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	PS 4852 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4852 2025 CTA COBRO ABRIL2025.pdf	PS 4852 2025 CTA COBRO ABRIL2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4852 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4852 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4852 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4852 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input checked="" type="checkbox"/> PS 4852 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4852 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 4852 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4852 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS-4852-2025.CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS-4852-2025.CUENTA DE COBRO JULIO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 4852 2025 CRP-15137.pdf	2 PS 4852 2025 CRP-15137.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 4852 2025 CRP-19259.pdf	3 PS 4852 2025 CRP-19259.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4852-2025.CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 4852-2025.CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS-4852-2025.CUENTA DE OCTUBRE 2025.pdf	PS-4852-2025.CUENTA DE OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 4852 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 4852 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle