

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ		CC:	51865688	
CORREO ELECTRÓNICO:	LULUKTF@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3102364903	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 68 B # 76 A - 83 UD 33		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	473870070017

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2394 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.148.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28		



LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ

PS_2394_2026_27608B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ

CC: 51865688

CEL: 3102364903

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

LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ

CON C.C N°

51.865.688

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2394 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.744.400	No. HORAS EJECUTADAS	132
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.744.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.148.200
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) 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)

1. EJECUTÉ LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA FUNCIÓN DE MI PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.
2. RECIBÍ Y ENTREGUÉ LOS TURNOS DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.
3. REALICÉ EL PLAN DE CUIDADO DIARIO DE ENFERMERÍA, SEGUIMIENTO Y RESPECTIVA EVALUACIÓN DE ACUERDO CON EL DIAGNÓSTICO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS.
4. VERIFIQUÉ LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFIQUÉ LOS RIESGOS, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTÉ LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTARON.
5. ADMINISTRÉ Y REGISTRÉ LOS MEDICAMENTOS OPORTUNAMENTE, VERIFIQUÉ EL CUIDADO DIRECTO A LOS PACIENTES DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS ESTABLECIDAS.
6. SUPERVISÉ LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y CAMILLEROS, VERIFICANDO QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO QUE CUMPLAN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.
7. REALICÉ LA ACTUALIZACIÓN DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.
8. CONTROLÉ LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO.
9. REALICÉ LAS DEVOLUCIONES AL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS POR PACIENTE ANTES DEL EGRESO Y DIARIAMENTE CUANDO ASÍ LO AMERITÓ.
10. PARTICIPÉ EN FORMA ACTIVA EN LA REVISTA MÉDICA DIARIA DANDO MIS APORTES SEGÚN EL CASO.
11. REALICÉ LA ASIGNACIÓN DE PACIENTE A CADA AUXILIAR DE ACUERDO AL NÚMERO DE PACIENTES, COMPLEJIDAD Y NECESIDADES DEL SERVICIO.
12. RESPONDÍ POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO.
13. REALICÉ LA ASIGNACIÓN OPORTUNA DE CAMAS EN EL MAPA DE CAMAS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.
14. GESTIONÉ Y REALICÉ EL TRASLADO DE PACIENTES ENTRE SERVICIOS DE ACUERDO A LA NECESIDAD, A FIN DE OPTIMIZAR EL GIRO DE CAMA.
15. TRAMITÉ DE FORMA OPORTUNA LOS EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA, EXÁMENES ESPECIALES Y REMISIONES QUE REQUIRIERON LOS PACIENTES A MI CARGO.
16. DI CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA DE LA SUBRED.
17. DI CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCIÓN EN CUANTO AL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DENTRO DE LAS ÁREAS ASIGNADAS.
18. REALICÉ EL CUMPLIMIENTO SEGÚN PROTOCOLO DEL CARRO PARO, VERIFICANDO SECUENCIA, CANDADOS DE SEGURIDAD, SEGUIMIENTO, REVISIÓN, REGISTROS OPORTUNOS SEGÚN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA DEL DESFIBRILADOR.
19. PORTÉ EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
20. HICE PARTE DEL PROCESO DE INDUCCIÓN DE FORMA ACTIVA Y POSITIVA AL PERSONAL NUEVO.
21. VERIFIQUÉ, EJECUTÉ Y SUPERVISÉ EL PROTOCOLO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN CON EL PERSONAL A MI CARGO CON SU RESPECTIVO REGISTRO.
22. EJERCÍ LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE MI PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS INSTITUCIONALES.
23. APOYÉ ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA SUBRED

INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
 24. PARTICIPÉ EN LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS, MANUALES Y GUÍAS DEL SERVICIO.
 25. REALICÉ LOS REGISTROS RESPECTIVOS Y NECESARIOS DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTABLECIDO EN LA SUBRED O EN FORMATOS FÍSICOS CUANDO SEA MEDIO DE CONTINGENCIA.
 26. BRINDÉ EDUCACIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CUIDADORES RESPECTO AL CUIDADO GENERAL DEL PACIENTE Y NORMAS INSTITUCIONALES.
 27. CUMPLÍ CON LOS PROTOCOLOS Y DEMÁS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES QUE LE APLIQUEN A LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
 28. ASISTÍ A LAS JORNADAS DE CAPACITACIONES, REUNIONES Y EVENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO Y EN LA INSTITUCIÓN DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 48685018	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/02/10	\$ 231.300
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/02/10	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/10	\$ 45.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 276.400

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



LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ
 PS_2394_2026_27608B

LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ
CC: 51865688

FIRMA DE QUIEN VALIDA



ANA CELIA GARCIA GARCIA
 PS_2394_2026_27608B

ANA CELIA GARCIA GARCIA

SUPERVISOR ALTERNO

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



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_2394_2026_27608B

**NATALY DUQUE SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51865688	LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ		CARRERA 68B No. 76A-83 UD33 INT4	3102364903	luluktf@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65367997	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,850,000	\$287.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	231.300	0		0		0	0	0	0	231.300	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	45.100				45.100	0	0	45.100			451	45.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	231.300	231.300
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	45.100	45.100
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	287.500	287.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51865688	LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ		CARRERA 68B No. 76A-83 UD33 INT4	3102364903	luluktf@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65367997	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,850,000	\$287.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	TSP	SIJ	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC 51865688	TRONCOSO FLOREZ LUISA FERNANDA		59	4			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



RADICADO 2020_001

**GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN**

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía No. 51865688** y número de Afiliación **951865688100**, esta Administradora mediante resolución No. **267253** de **2024** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Septiembre** de **2024**.

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 25 de febrero de 2026.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO