

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA ALEJANDRA ROJAS MEJIA			CC:	1023964893
CORREO ELECTRÓNICO:	ROJASLINA.1698@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3026661635
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 43 SUR # 3 C - 28 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	051936644
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2246 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.537.000	
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				
<div><div>LINA ALEJANDRA ROJAS MEJIA PS_2246_2026_AB8E5B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA ALEJANDRA ROJAS MEJIA CC: 1023964893 CEL: 3026661635</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LINA ALEJANDRA ROJAS MEJIA

CON C.C N°1.023.964.893

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2246 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.746.400	No. HORAS EJECUTADAS	270
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.746.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.537.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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.Se ejecutaron las actividades de acuerdo con la función de auxiliar de enfermería; 2. Se realizaron actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales y previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades derivadas del proceso de enfermería); 3. Se notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes a cargo, al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte de seguridad del paciente; 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante sobre los cambios en el 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 plan de manejo para ejecutar el plan de cuidado de enfermería integral planteado por la enfermera; 6. Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones realizadas; 7. Se cumplieron las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales; 8. Se respondió por los inventarios, realizando control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, así como 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 y respetando la dignidad humana según la 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 intramurales según solicitudes, generando el respectivo registro en la historia clínica; 15. Se portó el carné institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente durante la ejecución de las actividades contractuales; 16. Se solicitó, alistó, entregó, custodió y retornó, con el respectivo proceso de limpieza, el instrumental según el área correspondiente, teniendo en cuenta el manual de la central de esterilización institucional; 18. Se cumplieron las actividades propias del servicio y las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, incluyendo apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología; 19. Se realizó la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia y formatos físicos que hacen parte de la historia clínica al archivo de gestión documental, efectuando el registro en el formato correspondiente; 20. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; 21. Se organizó el servicio y se realizó el alistamiento de áreas con la dotación necesaria, manteniéndolas ordenadas para facilitar la prestación de un servicio adecuado y oportuno; 23. Se veló por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos de los pacientes en el servicio; 25. Se diligenciaron de forma adecuada los formatos establecidos para el control

1	del servicio, tales como limpieza y desinfección, control de temperatura y humedad del carro de paro, temperatura de las neveras y del servicio o área; 26. Se dio cumplimiento a lo establecido en las normas y protocolos institucionales en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas; 27. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con las actividades contractuales; 28. Se realizó acompañamiento al profesional de enfermería en la revisión mensual del carro de paro; 29. Se realizó registro en el sistema de información institucional de la atención brindada a los pacientes a cargo; 30. Se realizó la solicitud y el respectivo descargue en el sistema de información de los insumos necesarios para la atención de los pacientes, así como la devolución de los insumos solicitados y no utilizados; 31. Se brindó educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general y normas institucionales; 32. Se cumplió con los protocolos y demás lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de las actividades contractuales, incluyendo recibo y entrega de turno, prevención de caídas, prevención de lesiones de piel y demás establecidos.
---	---

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° 48688823	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	2026/02/12	\$ 218.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/12	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/12	\$ 42.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 541.800	

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 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	<div><div>LINA ALEJANDRA ROJAS MEJIA PS_2246_2026_AB8E5B</div></div> <div>LINA ALEJANDRA ROJAS MEJIA CC: 1023964893</div>
--------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MAYERLI MARTINEZ HERRERA

PS_2246_2026_AB8E5B

MAYERLI MARTINEZ HERRERA
SUPERVISOR ALTERNO

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



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_2246_2026_AB8E5B

NATALY DUQUE SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO