

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIELA BUITRAGO DIAZ		CC:	1006429420	
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELABUITRAGO671@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3113987986	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 30 C SUR # 3 - 19 ESTE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488456624235

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2236 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 2026/02/02 AL 2026/02/28		



DANIELA BUITRAGO DIAZ
PS_2236_2026_A11BF6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DANIELA BUITRAGO DIAZ

CC: 1006429420

CEL: 3113987986

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

DANIELA BUITRAGO DIAZ

CON C.C N°

1.006.429.420

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 2236 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 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 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 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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1079682722	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/02/16	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/16	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/16	\$ 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, pensión, 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	 DANIELA BUITRAGO DIAZ PS_2236_2026_A11BF6 <hr/> DANIELA BUITRAGO DIAZ CC: 1006429420
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ PS_2236_2026_A11BF6 <hr/> MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ SUPERVISOR ALTERNO
------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 NATALY DUQUE SALAZAR PS_2236_2026_A11BF6 <hr/> NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-02-16, 10:18:20 a. m. Tipo Planilla | Número Planilla 1079682722

Periodo Cotización 202601

Periodo Servicio 202601

PAGADA 2026-02-16 10:15:11.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DANIELA BUITRAGO DIAZ		
Documento	CC 1006429420	Dirección	CL 30C SUR #3 - 19 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3113987986
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
		Total Afiliados	1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1006429420	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57 00				BUITRAGO DIAZ DANIELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA
														0	30	30	0	\$ 1.750.905	230301	16 %	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	EPS002		12,5 %	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 1.750.905	\$ 42.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (3).pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (3).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (156).pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (156).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (5).pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (5).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (6).pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (6).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (5).pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (5).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 2227 2025 CRP-6757.pdf	1 PS 2227 2025 CRP-6757.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input checked="" type="checkbox"/> 2 PS 2227 2025 CRP-13558.pdf	2 PS 2227 2025 CRP-13558.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (6).pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (6).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 2227 2025 CRP-17800.pdf	3 PS 2227 2025 CRP-17800.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Ps 2227 2025 cuenta cobro julio 2025.pdf	Ps 2227 2025 cuenta cobro julio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 2227 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#)

< [Evaluación de la Entidad Estatal](#) >