

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA VIRACACHA RAMOS		CC:	46456345	
CORREO ELECTRÓNICO:	ISARIOS2019@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3165353188	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1B ESTE 9A 49 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007500894121

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2451 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.294.700
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



SANDRA VIRACACHA RAMOS  
PS\_2451\_2026\_B7368E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

SANDRA VIRACACHA RAMOS

CC: 46456345

CEL: 3165353188

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**SANDRA VIRACACHA RAMOS**

**CON C.C N°** **46.456.345**

**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.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 2451 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 17.744.400	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>222</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 17.744.400	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.294.700
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CUATRO ( 4 ) MESES

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	NATALY DUQUE SALAZAR
-------------------------------	----------------------

**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 del perfil profesional de enfermería;
2	Se recibió y entregó turno de acuerdo con el protocolo institucional;
3	Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería, su seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo con el diagnóstico y necesidades identificadas;
4	Se verificaron las medidas preventivas de eventos adversos, identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos presentados;
5	Se administraron y registraron los medicamentos oportunamente, verificando el cuidado directo de los pacientes de acuerdo con los protocolos y guías establecidas;
6	Se supervisaron las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando la realización de los procedimientos y el cumplimiento de los registros de enfermería;
7	Se realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con el protocolo institucional;
8	Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio;
9	Se realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando se requirió;
10	Se participó en forma activa en la revista médica diaria, realizando los aportes correspondientes;
11	Se realizó la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo con el número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio;
12	Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio;
13	Se realizó la asignación oportuna de camas en el mapa de camas del sistema de información;
14	Se gestionó y realizó el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo con la necesidad, a fin de optimizar el giro cama
15	Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones requeridas por los pacientes a cargo;
16	Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred;
17	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
18	Se dio cumplimiento al protocolo del Carro Paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión y registros oportunos según formatos establecidos, incluyendo el registro de temperatura y descarga del desfibrilador;
19	Se portó el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales
20	. Se hizo parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo;
21	Se realizó la verificación, ejecución y supervisión del protocolo de limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro;
22	Se ejercieron las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos institucionales
23	. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.;
24	Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio;
25	Se realizaron 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 se utilizó medio de contingencia;
26	Se brindó educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general y normas institucionales;
27	Se cumplió con los protocolos y demás lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de las actividades contractuales

28

Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con 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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 69313440	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/20	\$ 233.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/03/20	\$ 299.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/20	\$ 45.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 578.600

### 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 afiliación 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**



SANDRA VIRACACHA RAMOS

PS\_2451\_2026\_B7368E

**SANDRA VIRACACHA RAMOS**

**CC: 46456345**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ

PS\_2451\_2026\_B7368E

**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\_2451\_2026\_B7368E

**NATALY DUQUE SALAZAR**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

