

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA SILVA ALDANA		CC:	1023914941	
CORREO ELECTRÓNICO:	CAROLINA9229@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3027322639	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 15 # 30 186 CIUDAD VERDE		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480332074

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2463 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.655.808
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



DIANA CAROLINA SILVA ALDANA
PS_2463_2025_AE3A69

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA CAROLINA SILVA ALDANA

CC: 1023914941

CEL: 3027322639

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

DIANA CAROLINA SILVA ALDANA

CON C.C N° 1.023.914.941

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2463 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.360.640	No. HORAS EJECUTADAS	236
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 44.526.096	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.655.808
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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

Realizar búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa Canguro.
 Responder a interconsultas generadas en el servicio de hospitalización.
 Realizar entrenamiento educativo a familiares de usuarios del Programa Canguro intra y extra hospitalario.
 Realización de Carnet de ingreso al Programa.
 Acompañamiento, reporte y/o notificación de casos pacientes requirentes de Palivizumab.
 Realizar ronda en hospitalización de seguimiento y adherencia a indicaciones brindadas en el entrenamiento canguro.
 Apoyo a canguro intrahospitalario (revisión de casos reportados por enfermería, pediatría, terapias, trabajo social etc.).
 Seguimiento y verificación de adherencia a apego canguro y lactancia materna.
 Apoyo en las novedades presentadas durante las consultas de pediatría, psicología, trabajo social, terapia física, ocupacional y de lenguaje.
 Control de Enfermería según lineamiento emitido por el Ministerio de Salud en el año 2017. (Anamnesis, control de medidas antropométricas, verificación de curvas de crecimiento, valoración y educación en lactancia materna, alimentación con sucedáneo de leche materna en caso de requerirlo, educación en manejo de oxígeno domiciliario, signos de alarma, puericultura, lavados nasales, introducción de alimentación complementaria, Control de signos vitales, Oximetrías etc.) Soporte en Historia clínica.
 Actualización de Historia Clínica de Enfermería para el Programa Canguro en el área de Sistemas.
 Asesoramiento y apoyo en solicitud de citas ordenadas desde el Programa Canguro Teniendo en cuenta la solicitud del pediatra y otros especialistas que remiten.
 Apoyo en la asignación de citas: terapia física, ocupacional y de lenguaje, psicología, pediatría, enfermería, nutrición.
 Seguimiento de listado de demanda insatisfecha de citas de oftalmología, fisiatría, ortopedia y otras especialidades para identificar cumplimiento de Fases.
 Registros en DHG historia clínica de Enfermería Canguro HCCANG, HCSCAN, Respuestas de Interconsultas, Notas de Seguimiento Ambulatorio, Nota de Seguimiento a Hospitalización.
 Alimentar bases de datos del Programa Canguro (drive de ingresos, inhaderencia etc.)
 Generar indicadores del Programa Canguro establecidos por lineamiento Canguro emitido por el Ministerio de Salud en 2017 (32 Indicadores).
 Asistir a mesas de trabajo de Capital Salud y otras EPS, Asistencia reuniones SDS, COVES, Capacitaciones, y demás áreas que soliciten presencia del Referente Canguro.
 Recibir asistencia técnica de las RIAS.
 Mantener comunicación constante mediante correo electrónico con cohorte de infancia y adolescencia, EAPB, y Programas Canguros Nacionales.
 Revisión de carro de soporte vital del Programa Canguro mensual.
 Supervisión de actividades realizadas por auxiliar de Enfermería del Programa.
 Revisión y supervisión de cumplimiento de protocolo de limpieza y desinfección, lavado de manos, y protocolos institucionales.
 Realización de Talleres educativos para dar alta a paciente Hospitalizado y ambulatorio (10 talleres con tiempos promedio de 2 horas).
 Solicitud, gestión para acompañamiento y/o búsqueda de herramientas para mantener la comunicación con población especial (emeras, discapacidad auditiva, visual, cognitiva, analfabetas, migrantes etc.).
 Envío de informes y datos estadísticos las áreas que solicitan información.
 Activación y control cumplimiento de la Ruta con los pacientes del programa.
 Realización de actividades generadas por jefe directo.
 Actualización de documentos (guías, protocolos) y formatos relacionados a la atención del Programa Canguro.
 Educación continua al personal de enfermería sobre los cuidados y atención a tener al paciente prematuro y/o de bajo peso.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90488643	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/10	\$ 234.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 300.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/10	\$ 45.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 581.400


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 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	 DIANA CAROLINA SILVA ALDANA PS_2463_2025_AE3A69 <hr/> DIANA CAROLINA SILVA ALDANA CC: 1023914941
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ PS_2463_2025_AE3A69 <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_2463_2025_AE3A69 <hr/> NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023914941	DIANA CAROLINA SILVA ALDANA		CALLE 15 30 186 CIUDAD VERDE	8385243	carolina9229@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90637575	07/11/2025	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	\$1,879,000	\$619,000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	234.900	0		0		0	0	0	0	234.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	300.700	0	0	0	0	0	0		300.700	1

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	45.800				45.800	0	0	45.800			458	45.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.600	0	0	37.600	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	234.900	234.900
Pensión	1	300.700	300.700
Riesgos Laborales	1	45.800	45.800
CCF	1	37.600	37.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	619.000	619.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023914941	DIANA CAROLINA SILVA ALDANA		CALLE 15 30 186 CIUDAD VERDE	8385243	carolina9229@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90637575	07/11/2025	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	\$1,879,000	\$619.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCION	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 1023914941	SILVA ALDANA DIANA CAROLINA	59	0			N																	230301	1.879.000	30	300.700	0	0	0	0	EPS005	1.879.000	30	234.900	14-23	1.879.000	30	3	45.800	CCF24	1.879.000	30	37.600	0	0	0	0	0

PAGADA