

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON		CC:	1000005318
CORREO ELECTRÓNICO:	FABIANSTIVENROMEROCALDERON@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3187674750
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 10 ESTE 20 SUR 39		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 0086007589

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3813 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.572.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/15 AL 2026/04/30		



FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON
PS_3813_2026_DFFE7D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON

CC: 1000005318

CEL: 3187674750

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

FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON

CON C.C N°

1.000.005.318

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3813 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/15
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.817.340	No. HORAS EJECUTADAS	120
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.817.340	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.572.000
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (1) MES Y DIECISIETE (17) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: 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

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 (2026-04-15) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0


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	 <p><i>FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON</i> PS_3813_2026_DFFE7D</p> <hr/> <p>FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON CC: 1000005318</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ</i> PS_3813_2026_DFFE7D</p> <hr/> <p>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>NATALY DUQUE SALAZAR</i> PS_3813_2026_DFFE7D</p> <hr/> <p>NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,000,005,318 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DIGITAL No. 086007589 aperturada el 21 de enero de 2026 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 21 de enero de 2026.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0086007589
Cuenta de 16 dígitos:	0086000200007589
Cuenta de 20 dígitos:	00130086000200007589

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000005318, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260409	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 1 días del mes de Mayo de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

SUB RED CENTROORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
32267321

CER-AFI

Medellín, 28 de abril de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON identificado(a) con C1000005318 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10000053182611854524

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CESANTÍAS Y DEL COMPONENTE
COMPLEMENTARIO DE AHORRO INDIVIDUAL PORVENIR S.A.**

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.005.318**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 05 de junio de 2014.

La presente certificación se expide el 28 de Abril del 2026.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.



App Porvenir | www.porvenir.com.co

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000005318, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260409	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Abril de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
32236248

CER-AFI