

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------|------------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO | | CC: | 52172245 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | OLGALUHE2005@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3223112257 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 78B 1 10 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 04554631971 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1290 2026 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.603.600 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/02/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/05/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30 | | |



OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO
PS_1290_2026_43C50D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO

CC: 52172245

CEL: 3223112257

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

OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO

CON C.C N° 52.172.245

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1290 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/02/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 14.894.880 | No. HORAS EJECUTADAS | 180 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 14.894.880 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.603.600 |
|---|---------------|--|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL MATERNO INFANTIL

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANGELA MARIA MENDOZA MESA

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. ACTIVIDAD 1. REALICE 84 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA EN ATENCION HOSPITALIZACION, URGENCIAS PEDIATRIA Y SALAS DE CIRUGIA OBSTETRICA Y PARTOS, MEJORANDO LA ATENCION DEL PACIENTE. |
| 2 | 2 ACTIVIDAD 2. BRINDÉ ATENCIONES PERSONALIZADAS, CON HUMILDAD, PROFESIONALISMO, RESPONSABILIDAD Y RESPETO A 57 PACIENTES |
| 3 | 3 ACTIVIDAD 3. CONOZCO Y CUMPLO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD CENTRO ORIENTE, INCLUYENDO LOS REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, CONOZCO Y CUMPLO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASIGNADOS DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, ADEMÁS CONOZCO Y CUMPLO LA VISIÓN Y MISIÓN DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. |
| 4 | 4 ACTIVIDAD 4. REALICE 84 TERAPIAS RESPIRATORIAS, 0 MICRONEBULIZACIONES, (INHALADORES)52, 18 GASES, 59 OXIMETRIAS, 381REGISTRO DE OXIGENOS, 20 DESINFECCIONES. EN PACIENTES CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS 169 ACTIVIDADES INCLUYENDO LOS OBJETIVOS EN LA SEDE MATERNO INFANTIL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, URGENCIAS PEDIATRICAS, SALAS DE PARTOS Y CIRUGIA OBSTETRICA |
| 5 | 5 ACTIVIDAD 5. CUMPLO EN UN 90% CON LA ATENCION DE LOS PACIENTES BRINDANDOLES UN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON PAUTAS DE MANEJO, ESTO DEPENDIENDO DE LOS FACTORES EXTERNOS EN CADA CASO COMO MATERIALES Y DISPONIBILIDAD DE AUTORIZACIONES RELACIONADAS CON LA CONSULTA. |
| 6 | 6 ACTIVIDAD 6. ENTREGA DE INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL, ENTREGA DE OBJETIVOS Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS PARA ANEXAR A LOS DRIVES (LOS PRIMEROS DIAS DEL MES), SE SUBEN EVIDENCIAS Y DE INFORMACIÓN ENTREGADA PARA CONSOLIDACIÓN DE INDICADORES MENSUALES, ACÁ APLICA INFORMACIÓN DE ENVIÓ DE BASE DE SALA ERA E INDICADORES DE SALA ERA (TRIAGE). |
| 7 | 7 ACTIVIDAD 7. REALICÉ REGISTRO COMPLETO Y CON CALIDAD 84 NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y LOS DEFINIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. |
| 8 | 8 ACTIVIDAD 9. SE GARANTIZA LA PRIVACIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE RESERVANDO ESTA INFORMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE SU ATENCIÓN |
| 9 | 9 ACTIVIDAD 10. SE GARANTIZA LA ADECUADA INTEGRIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS, ASISTIENDO A LAS CAPACITACIONES OFRECIDAS POR LA ENTIDAD EN CADA ASPECTO RELACIONADO CON SEGURIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS MISMOS. |
| 10 | 10 ACTIVIDAD 12. PARTICIPO EN CADA ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL SERVICIO COMO, CUROS, CHARLAS . |
| 11 | 11 ACTIVIDAD 14. APOYO A LA ENTIDAD EN DIVERSAS ACTIVIDADES SEGÚN LOS REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD; COMO LO ES LA CAPACITACION DEL APLICATIVO DE PAGOS SIGCO . |
| 12 | 12 ACTIVIDAD 19. ASISTO A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES, COMITÉS Y EVENTOS EN LOS QUE SE ME CONVOQUE . |
| 13 | 14 ACTIVIDAD 23. CUMPLIR CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y APLICAR LAS NORMAS DEL MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED . |
| 14 | 15 ACTIVIDAD 24. SE ACATAN LAS ORDENES DE LA COORDINACION SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. |

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---------------------|-----------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 6011789501 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2026/04/13 | \$ 218.900 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/04/13 | \$ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/04/13 | \$ 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 ningun 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 |  <i>OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO</i> <i>PS_1290_2026_43C50D</i> OLGA LUCIA HERRERA TRUJILLO CC: 52172245 |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO |  <i>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</i> <i>PS_1290_2026_43C50D</i> ANGELA MARIA MENDOZA MESA SUPERVISOR DEL CONTRATO |

