

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ | | CC: | 52853134 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | BLANCA.FORERO2217@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3138224489 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 10A 36F 65 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 488427569923 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 3850 2026 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 974.050 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/04/17 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/05/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/04/20 AL 2026/04/30 | | |



BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ
PS_3850_2026_AA64CC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ

CC: 52853134

CEL: 3138224489

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

BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ

CON C.C N° 52.853.134

| | |
|-----------------------------|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|---|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3850 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/04/17 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 3.450.920 | No. HORAS EJECUTADAS | 77 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------|

| | | | |
|---|--------------|--|------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 3.450.920 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 974.050 |
|---|--------------|--|------------|

| | |
|--|--------------------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | UN (1) MES Y CATORCE (14) DIAS |
|--|--------------------------------|

| | |
|--|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL LA VICTORIA |
|--|----------------------|

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA |
|-------------------------------|--------------------------------|

| | |
|-------------|--|
| 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) |
|-------------|--|

| | |
|-------------|---|
| ITEM | <p>1. EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE ACCIONES INSEGURAS DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA. 2. REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS PARA CONOCER SU DIAGNÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, APOYANDO LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA. 3. PREPARAR, ORIENTAR Y ALISTAR A LOS PACIENTES PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE CARDIOLOGÍA COMO ELECTROCARDIOGRAMA, HOLTER, MAPA, REALIZAR LA TOMA, CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, MEDICIONES DE CONTROL Y OBSERVACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE VAN PARA PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAMAS STRESS DOBUTAMINA, EJERCICIO, ECOCARDIOGRAMAS TRANSESO FÁGICOS Y PRUEBAS DE ESFUERZO INFORMANDO OPORTUNAMENTE CUALQUIER ALTERACIÓN AL MÉDICO Y A LA ENFERMERA JEFE, ASEGURANDO LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. 4. ASISTIR AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y AL EQUIPO DE CARDIOLOGÍA DURANTE LA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS, SUMINISTRANDO EL MATERIAL REQUERIDO, GARANTIZANDO CONDICIONES DE ASEPSIA Y VERIFICANDO EL FUNCIONAMIENTO BÁSICO DE LOS EQUIPOS. 5. COLOCAR, RETIRAR Y VERIFICAR LA ADECUADA ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO COMO ELECTRODOS DE ECG, TENSÍOMETROS AUTOMÁTICOS, HOLTER Y MAPA, DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES. 6. BRINDAR ORIENTACIÓN BÁSICA AL PACIENTE Y A SU FAMILIA, SEGÚN INDICACIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL, SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, CUIDADOS INMEDIATOS, RESTRICCIONES, ENTREGA DE DISPOSITIVOS Y RECOMENDACIONES GENERALES. 7. APOYAR LA MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LOS PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS, GARANTIZANDO CONFORT, SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS. 8. MANTENER LIMPIAS, ORDENADAS Y ADECUADAMENTE DOTADAS LAS ÁREAS DE ATENCIÓN CARDIOLÓGICA Y LA UNIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL TURNO. 9. REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN OPORTUNA DE CAMILLAS Y ÁREAS DISPONIBLES, Y APOYAR LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE PACIENTES. 10. SOLICITAR, ALISTAR, CUSTODIAR, ENTREGAR Y RETORNAR EQUIPOS DEL SERVICIO, ASEGURANDO LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN SEGÚN EL MANUAL INSTITUCIONAL. 11. RESPONDER POR EL CONTROL, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS ASIGNADOS AL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ASÍ COMO POR EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA. 12. ACOMPAÑAR AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA REVISIÓN DEL CARRO DE PARO, VERIFICANDO SECUENCIA, CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS, TEMPERATURA, DESCARGA Y FUNCIONAMIENTO DEL DESFIBRILADOR, CONFORME AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 13. DILIGENCIAR DE FORMA COMPLETA, CLARA Y OPORTUNA LOS REGISTROS CLÍNICOS, ADMINISTRATIVOS Y ESTADÍSTICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. 14. GARANTIZAR LA ORGANIZACIÓN, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTINGENCIA Y FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, DEJANDO LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES. 15. IDENTIFICAR, NOTIFICAR Y REPORTAR INMEDIATAMENTE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS O ACCIONES INSEGURAS AL MÉDICO DE TURNO, ENFERMERO JEFE Y A TRAVÉS DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE REPORTE. 16. CUMPLIR ESTRICTAMENTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, MANEJO DE RESIDUOS Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 17. BRINDAR UNA ATENCIÓN HUMANIZADA, CON TRATO CÁLIDO, RESPETUOSO Y DIGNO AL PACIENTE Y SU FAMILIA, DE ACUERDO CON LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACIÓN. 18. MANTENER LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, CONFORME A LA</p> |
|-------------|---|

1

NORMATIVIDAD VIGENTE Y AL MANUAL INSTITUCIONAL DE HISTORIA CLÍNICA. 19. PORTAR EL CARNÉ INSTITUCIONAL Y EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA, CUMPLIENDO LAS NORMAS DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 20. APLICAR, ACATAR Y CUMPLIR LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, PROTOCOLOS Y DEMÁS NORMAS DEFINIDAS POR LA INSTITUCIÓN Y EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. 21. PARTICIPAR Y TENER DISPOSICIÓN PARA ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES, JORNADAS Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN Y EL SERVICIO. 22. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN, ACREDITACIÓN Y SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. 23. ACTUALIZAR BASES DE DATOS, APOYAR LA ELABORACIÓN DE INFORMES Y REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL SERVICIO, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS Y TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED. 24. SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR. 25. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR.

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 (2026-04-20) 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: | FAMISANAR | | \$ 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 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



BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ

PS_3850_2026_AA64CC

BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ

CC: 52853134



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_3850_2026_AA64CC

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-22, 05:37:12 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081744582

Periodo Cotización:

abril de 2026

Periodo Servicio:

abril de 2026

Referencia pago

8824109622

PAGADA 11/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---------------------|-------------------------------|----------------|-----------------------|
| Razón Social | BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ | | |
| Documento | CC52853134 | Dirección | CR 10A #36 F - 65 SUR |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3138224489 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | Total | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------|----------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|-----------|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COB | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total | |
| CC 52853134 | BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ | 57 | 0 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 11 | 11 | 11 | 0 | (230301) PORVENIR | \$641,999 | \$102,800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | \$641,999 | \$80,300 | 2.436 | \$641,999 | \$15,700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$198,800 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$641,999 | \$641,999 | \$641,999 | \$0 | \$102,800 | \$80,300 | \$15,700 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$198,800 | \$300 | \$199,100 |

