

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ISLENA IDARRAGA TORRES		CC:	39658029	
CORREO ELECTRÓNICO:	ISLENAIDARRAGA2015@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3212475900	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 38A # 54-27		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102631405

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3117 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.050.840
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



ISLENA IDARRAGA TORRES  
PS\_3117\_2026\_49EAB7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ISLENA IDARRAGA TORRES

CC: 39658029

CEL: 3212475900

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

**ISLENA IDARRAGA TORRES**

**CON C.C N°**

**39.658.029**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3117 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/05</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 20.203.360	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 20.203.360	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.050.840
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO ( 4 ) MESES
--	--------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
-------------------------------	--------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

	<p>1.PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, DE ACUERDO CON LA DEMANDA DE USUARIOS Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LAS DIFERENTES SEDES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES. 2. REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, INCLUYENDO SIGNOS VITALES, ESTADO HEMODINÁMICO, SÍNTOMAS Y FACTORES DE RIESGO, GARANTIZANDO EL REGISTRO OPORTUNO Y COMPLETO. 3. EJECUTAR EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ACORDE CON LA CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y LOS PROTOCOLOS DEL SERVICIO, GARANTIZANDO CONTINUIDAD, OPORTUNIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN. 4. REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA PROFESIONAL Y LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. 5. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS ORDENADOS POR EL EQUIPO MÉDICO, INCLUIDAS TERAPIAS CARDIOVASCULARES ESPECIALIZADAS, VERIFICANDO DOSIS, EFECTOS ADVERSOS Y RESPUESTA CLÍNICA, CON REGISTRO CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 6. REALIZAR INTERPRETACIÓN BÁSICA Y VIGILANCIA DE LA MONITORIZACIÓN CARDÍACA, VERIFICANDO EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS Y ALARMAS, E INFORMANDO OPORTUNAMENTE CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN EL ESTADO DEL PACIENTE. 7. RESPONDER ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA CARDIOVASCULAR, APLICANDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO, Y ACTIVANDO LAS RUTAS DE ATENCIÓN DEFINIDAS. 8. PREPARAR, ACOMPAÑAR Y ORIENTAR AL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS DE CARDIOLOGÍA, TALES COMO ELECTROCARDIOGRAMA, HOLTER, MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA), ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO, ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS CON DOBUTAMINA, ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO Y PRUEBA DE ESFUERZO, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. 9. NOTIFICAR OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS. 10. BRINDAR EDUCACIÓN INDIVIDUAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, USO CORRECTO DE MEDICAMENTOS, SIGNOS DE ALARMA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y AUTOCUIDADO, ORIENTANDO LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO O PREPARACIÓN PARA EL ALTA. 11. PROGRAMAR Y SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS, LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 12. APOYAR, CUANDO SEA REQUERIDO, CAPACITACIONES AL PERSONAL RELACIONADAS CON PROCESOS ASISTENCIALES, SEGURIDAD DEL PACIENTE, BIOSEGURIDAD Y ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS. 13. CUMPLIR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. 13. GARANTIZAR EL REGISTRO COMPLETO, CLARO Y OPORTUNO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS SISTEMAS Y FORMATOS INSTITUCIONALES. 14. NOTIFICAR INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y FALLAS EN LA ATENCIÓN CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 15. CUMPLIR Y VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE CALIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE, BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES. 16. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN, GARANTIZANDO TRATO DIGNO, RESPETUOSO Y CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA. 17. ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL COMITÉ DE INFECCIONES, SEGÚN LA PROGRAMACIÓN ASEGURAR EL USO RACIONAL, EFICIENTE Y ADECUADO DE LOS INSUMOS ASIGNADOS AL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. 18.SUPERVISAR EL USO Y ADECUADA CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS BIOMÉDICOS Y ÁREAS DEL SERVICIO, REPORTANDO OPORTUNAMENTE NOVEDADES O NECESIDADES DE MANTENIMIENTO. 19. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DEL CARRO DE PARO EN LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA, INCLUYENDO</p>
--	--

1

SECUENCIA, CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS DE TEMPERATURA Y DESCARGA DEL DESFIBRILADOR, DEJANDO EVIDENCIA CONFORME A LOS FORMATOS ESTABLECIDOS. 20. INFORMAR OPORTUNAMENTE A LA COORDINADORA DEL SERVICIO LOS HALLAZGOS, NECESIDADES DEL SERVICIO Y OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS. 21. REPORTAR MENSUALMENTE LAS NOVEDADES RELACIONADAS CON LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA. 22. ACOMPAÑAR AUDITORÍAS INTERNAS Y LAS REALIZADAS POR ENTES DE CONTROL, SUMINISTRANDO LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y GARANTIZANDO LA TRAZABILIDAD DE LOS PROCESOS. 23. 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. 24. PORTAR EL CARNÉ INSTITUCIONAL Y EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA, CUMPLIENDO LAS NORMAS DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

### 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° 75290800	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/13	\$ 253.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/13	\$ 324.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/13	\$ 49.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 626.700

### 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**



ISLENA IDARRAGA TORRES  
PS\_3117\_2026\_49EAB7

**ISLENA IDARRAGA TORRES**  
**CC: 39658029**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS  
PS\_3117\_2026\_49EAB7

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**  
**SUPERVISOR ALTERNO**



*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS*

*PS\_3117\_2026\_49EAB7*

**JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39658029	ISLENA IDARRAGA TORRES		carrera 38A No. 54-27 sur	3212475900	islenaidarraga2023@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75290800	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$626.700	

## 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	252.600	0		0		0	3	600	0	253.200	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	323.300	0	0	0	0	3	700	0	324.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	49.300				49.300	3	200	49.500			493	49.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	3	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	3	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	252.600	253.200
Pensión	1	323.300	324.000
Riesgos Laborales	1	49.300	49.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>625.200</b>	<b>626.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39658029	ISLENA IDARRAGA TORRES		carrera 38A No. 54-27 sur	3212475900	islenaidarraga2023@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75290800	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$626.700	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 39658029	IDARRAGA TORRES ISLENA	59	0			N								X									25-14	2.020.336	30	323.300	0	0	0	0	EPS017	2.020.336	30	252.600	14-7	2.020.336	30	3	49.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados							

**Balance de pagos y Balance de entregas**

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	20 203 360,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	20 203 360,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	20 203 360,00 COP	100%	-

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> 1 PS 3117 2026 CRP -10528.pdf	1 PS 3117 2026 CRP -10528.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1. PS 3117 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 3117 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2 PS 3117 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2.PS 3117 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Documento del contrato cargado

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)