

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA			CC:	1000577200
CORREO ELECTRÓNICO:	MARLEJA0812@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3008526361
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 26B # 31 - 26 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488448344751
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3687 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.318.700
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/07	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA PS_3687_2026_B2F033 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA CC: 1000577200 CEL: 3008526361					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA

CON C.C N° 1.000.577.200

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO ASISTENCIAL COMO TECN?LOGO EN ATENCI?N PREHOSPITALARIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL CONVENIO APH 8523636 2025
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3687 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/07
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.731.100	No. HORAS EJECUTADAS	177
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.731.100	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.318.700
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	.Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E. Participar en la entrega y recepción de la móvil de acuerdo con la agenda de actividades concertadas, registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente
2	.Realice las acciones acordes al perfil de auxiliar de enfermería que requieren los pacientes a los cuales presta servicios asistenciales, dando respuesta a los despachos del Centro Reglador de Urgencias y Emergencias CRUE, velando por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención Prehospitalaria, garantizando el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria y demás documentos relacionados, registrando todos los desplazamientos realizados en la ambulancia Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados , desistimiento eventos y demás formatos por medio del aplicativo designado para tal fin
3	.Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos, igualmente Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.
4	.Tome las acciones pertinentes para garantizar que las revisiones de la ambulancia cumplan con los estándares de habilitación y demás parámetros normativos de tal manera que se encuentren permanentemente disponibles y los elementos que la componen en correcto funcionamiento (equipos biomédicos, insumos, dispositivos).
5	.Realice la diaria gestión para el abastecimiento de medicamentos a la móvil, así como la rotación de estos, cuando se encuentren próximos a vencer, diligenciando la respectiva solicitud por medio de los formatos existentes para cada caso y la devolución de medicamentos al equipo administrativo de APH, cada que la móvil quede no operativa o se termine el turno en forma anticipada.
6	.Cumplí con operatividad de la móvil y buen desempeño del personal durante las actividades programadas en la agenda.
7	.Desarrollé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y en el marco del convenio APH vigente dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9503235411	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/04	\$ 218.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/04	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/04	\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 499.100	

- 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	 MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA PS_3687_2026_B2F033 MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA CC: 1000577200
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_3687_2026_B2F033 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																										
Identificación			dv	Razon Social					Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion			Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																															
CC 1000577200				HERNANDEZ ACOSTA MARIA ALEJANDRA					INDEPENDIENTE					PRINCIPAL				carrera 26b #31-26 sur			BOGOTA-BOGOTA D.E.				3008526361		No																															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																																										
Periodo			Clave					Tipo		Fecha				Pago																																												
Pensión		Salud	Pago		Planilla			Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora		Valor																																							
2026-04		2026-04	271838870		9503235411			I		2026/05/05		2026/05/04		NEQUI			0		\$499,100																																							
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																										
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES																												
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte																			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	1000577200	HERNANDEZ MARIA																	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0																			
Total		Afiliados(1)																																									\$0															

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$499,100	\$0	\$0	\$499,100

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1

Información general
- 2

Condiciones
- 3

Bienes y servicios
- 4

Documentos del Proveedor
- 5

Documentos del contrato
- 6

Información presupuestal
- 7

Ejecución del Contrato
- 8

Modificaciones del Contrato
- 9

Incumplimientos

 Datos guardados

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

> VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ PS 3687 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3687 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA

C.C. 1000577200

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

Intensidad horario: 2 horas

Fecha de expedición: 22 de mayo de 2026

Luis Fernando Joya Joya

C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano

[1245581727MH](#)