

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO		CC:	1030687188	
CORREO ELECTRÓNICO:	KARENORJUELA123@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3217581654	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 103 74 74 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550468200133469

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3619 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.144.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/27	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO
PS_3619_2026_8AA5A5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO

CC: 1030687188

CEL: 3217581654

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

KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO

CON C.C N°

1.030.687.188

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA REFERENCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3619 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/27
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.279.300	No. HORAS EJECUTADAS	240
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.362.100	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.144.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
-------------------------------	------------------------------

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)
-------------	--

REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD, INFORMANDO CUALQUIER NOVEDAD AL REFERENTE Y UTILIZANDO LOS REGISTROS ESTABLECIDOS PARA ASEGURAR UNA TRANSICION SEGURA DE LAS ORDENES DE SERVICIO, DEJANDO LAS NOVEDADES REGISTRADAS EN EL LIBRO.

REGISTRÉ DE MANERA OPORTUNA, DETALLADA Y CRONOLOGICA EN LA PLATAFORMA DEL SOFTWARE SIRC TODAS LAS SOLICITUDES Y NOVEDADES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE.

FACILITÉ Y DIRECCIONÉ EL TRASLADO DE PACIENTES ENTRE LAS DISTINTAS UNIDADES HOSPITALARIAS, ASI COMO ENTRE INSTITUCIONES DISTRITALES Y NACIONALES QUE INTEGRAN LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCION, COORDINAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DISPONIBLES, EVALUAR LAS CONDICIONES CLINICAS Y ADMINISTRATIVAS PARTICULARES DE CADA PACIENTE.

GESTIONÉ DE MANERA COORDINADA Y EFICIENTE LAS SOLICITUDES, SEGUIMIENTO Y DOCUMENTACION DE TRASLADOS Y REFERENCIAS DE PACIENTES, GARANTIZANDO SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y COMUNICACION EFECTIVA ENTRE LAS DIFERENTES UNIDADES E INSTITUCIONES DE SALUD.

GARANTICÉ LA ATENCION EFICIENTE Y SEGURA DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES, PRIORIZANDO LOS CASOS URGENTES SEGUN SU CONDICION CLINICA, MEDIANTE LA ADECUADA COORDINACION Y COMUNICACION CON LAS UNIDADES DE ORIGEN Y DESTINO, EL REGISTRO DETALLADO DE LA INFORMACION RELEVANTE Y EL USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS Y CANALES INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS.

COMUNiqué OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACION QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.

ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD.

VELÉ POR EL USO ADECUADO Y RESPONSABLE DEL TELEFONO INSTITUCIONAL ASIGNADO, ASEGURANDOSE DE QUE SEA EMPLEADO EXCLUSIVAMENTE PARA LOS TRAMITES Y COMUNICACIONES OFICIALES RELACIONADAS CON LA GESTION EN LA SISCO.

REVICÉ EL CORREO INSTITUCIONAL DE MANERA REGULAR, ASEGURANDOSE DE IDENTIFICAR Y GESTIONAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACION RELACIONADA CON AUTORIZACIONES Y OTROS TRAMITES PROVENIENTES DE LOS DISTINTOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SGSSS.

COMENTÉ LOS PACIENTES EN TRAMITE DE REMISION PROVENIENTES DE LAS DIVERSAS IPS, EAPB Y ENTES DE CONTROL A

1

NIVEL NACIONAL CON EL LIDER DE GOBIERNO CLINICO O LA PERSONA DESIGNADA SEGUN LA ESPECIALIDAD REQUERIDA, SE DEBE COORDINAR LA RECOLECCION Y ENVIO OPORTUNO DE LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA CADA CASO, ASEGURANDO LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y ADMINISTRATIVA.

LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

REALICÉ 60HORAS ADICIONALES, EN REFERENCIA, POR 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9505588932	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/05/29	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/29	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	AXA COLPATRIA	2026/05/29	\$ 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



KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO

PS_3619_2026_8AA5A5

KAREN MAGDALENA ORJUELA POLO

CC: 1030687188

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



JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

PS_3619_2026_8AA5A5

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030687188		ORJUELA POLO KAREN MAGDALENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 100 N73 14 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1000000824	9505588932	I	2026/05/25	2026/05/29	BANCO DE BOGOTA	4	\$543,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC 1030687188	ORJUELA KAREN	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030687188		ORJUELA POLO KAREN MAGDALENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 100 N73 14 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1000000824	9505588932	I	2026/05/25	2026/05/29	BANCO DE BOGOTA	4	\$543,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$900	\$0	\$281,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$900	\$0	\$281,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$700	\$0	\$219,600	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$700	\$0	\$219,600	
TOTAL				1	\$541,800	\$1,800	\$0	\$543,600	



Buscar...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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	
<input type="checkbox"/> PS_3619_2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS_3619_2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>