

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

|                          |                        |                 |           |            |              |
|--------------------------|------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | DEYSI ROMERO LONDOÑO   |                 | CC:       | 39559821   |              |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | DEYSITAMOR@HOTMAIL.COM |                 | TELÉFONO: | 3132166721 |              |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | KR 24 8 16 SUR         |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |              |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A.  | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 008400719343 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |              |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 2109 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.423.420 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/02/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 2026/06/30   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |  |              |



DEYSI ROMERO LONDOÑO  
PS\_2109\_2026\_E92232

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DEYSI ROMERO LONDOÑO

CC: 39559821

CEL: 3132166721

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

**DEYSI ROMERO LONDOÑO**

**CON C.C N°**

**39.559.821**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 2109 2026 **FECHA INICIO CONTRATO** 2026/02/01

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 14.894.880 **No. HORAS EJECUTADAS** 171

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 18.498.480 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 3.423.420

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** CINCO (5) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL MATERNO INFANTIL

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** DIANA ISABEL MORA MORALES

**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 | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES  |
|------|---|
| 1    | 1.1. PRESTAR SUS SERVICIO DE APOYO EN FORMA PERSONAL Y AUTONOMA COMO ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA , EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD SEGUN CURSO DE VIDA, PROGRAMAS DE ATENCION Y CONDICIONES DE LOS USUARIOS, PROGRAMACION Y SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y DEMAS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE SE DERIVAN DE LA ATENCION RELACIONADA CON SU PROFESION SEGUN LA DEMANDA DE USUARIOS Y NECESIDAD DEL SERVICIO EN CADA UNA DE LAS SEDES QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE, SUJETANDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION, ACOGIENDOSE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED. |
| 2    | REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A SU COMPETENCIA   |
| 3    | 3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD CONFORME A NECESIDADES DEL SERVICIO, ASI COMO DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA  |
| 4    | 4. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCION CONFORME A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE LA ENTIDAD.<br>5. APOYAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACION DE: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, PATOLOGIAS Y EVENTOS DE ALTO COSTO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES SEGUN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS EN EL MARCO DEL MAITE.   |
| 5    | 6. APOYAR EL PROCESO DE GESTION DE FUENTES DE INFORMACION Y BASES DE DATOS RELACIONADAS CON LAS COHORTES DE SEGUIMIENTO.  |
| 6    | 7. REALIZAR EL DILIGENCIAAMIENTO DE LOS RIPS, DE CONFORMIDAD A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES. 8. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE  |
| 7    | 8. VERIFICAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN.  |
| 8    | 8. VERIFICAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN.  |
| 9    | 9. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS OPORTUNAMENTE Y VERIFICAR EL CUIDADO DIRECTO A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS ESTABLECIDAS DEL SERVICIO UTILIZANDO TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD, E INFORMAR AL MEDICO TRATANTE Y COORDINADORES LA NO EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA REALIZAR REAJUSTE DE TRATAMIENTO.  |
| 10   | 10. CONTROLAR LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO.  |
| 11   | 11. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO.   |
| 12   | 12. DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA DE LA SUBRED. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.  |
| 13   | . DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA DE LA SUBRED. 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° 9504703079   | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:              | SANITAS         | 2026/05/14    | \$ 220.000       |
| PENSIÓN:            | COLPENSIONES    | 2026/05/14    | \$ 281.700       |
| RIESGOS LABORALES:  | SEGUROS BOLIVAR | 2026/05/14    | \$ 43.000        |
| OTRO                |                 |               |                  |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |                 |               | \$ 544.700       |

**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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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

|  |   |
|--|---|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>  | <br>DEYSI ROMERO LONDOÑO<br>PS_2109_2026_E92232<br><hr/> <b>DEYSI ROMERO LONDOÑO</b><br><b>CC: 39559821</b>                      |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> | <br>DIANA ISABEL MORA MORALES<br>PS_2109_2026_E92232<br><hr/> <b>DIANA ISABEL MORA MORALES</b><br><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b> |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                      |                 |                    |                 |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|----------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social         | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion       | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 39559821                   |    | ROMERO LONDOÑO DEYSI | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRA 24 8 16 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3132166721 | 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 | 1000001023 | 9504703079 | I        | 2026/05/07 | 2026/05/14 | BANCO DE BOGOTA | 7         | \$544,700 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                  |                |          |              |     |     |     |     |     |    |    |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |       |     |             |           |        |     |             |           |      |     |        |              |      |     |             |        |          |     |        |                       |               |           |
|---|----------------|----------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|--------|-------|-----|-------------|-----------|--------|-----|-------------|-----------|------|-----|--------|--------------|------|-----|-------------|--------|----------|-----|--------|-----------------------|---------------|-----------|
| EMPLEADO  |                |          | NOVEDADES    |     |     |     |     |     |    |    |     |     |     |     |     |     | PENSION |     |     |     | SALUD  |       |     |             | CCF       |        |     |             | RIESGOS   |      |     |        | PARAFISCALES |      |     |             |        |          |     |        |                       |               |           |
| No.   | Identificación | Nombre   | ing          | ret | del | tae | tdp | tap | vs | pl | cor | vst | sln | lge | lma | vac | avp     | vct | irt | vip | Codigo | Dias  | IBC | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo       | Dias | IBC | Tarifa      | Aporte | Dias     | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |           |
| <b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>          |                |          |              |     |     |     |     |     |    |    |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |       |     |             |           |        |     |             |           |      |     |        |              |      |     |             |        |          |     |        |                       |               |           |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b> |                |          |              |     |     |     |     |     |    |    |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |       |     |             |           |        |     |             |           |      |     |        |              |      |     |             |        |          |     |        |                       |               |           |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)   |                |          |              |     |     |     |     |     |    |    |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |       |     |             |           |        |     |             |           |      |     |        |              |      |     |             |        |          |     |        |                       |               |           |
| 1   | CC             | 39559821 | ROMERO DEYSI |     |     |     |     |     |    |    |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        | 25-14 | 30  | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS005 | 30  | \$1,750,905 | \$218,900 |      | 0   | \$0    | \$0          | 14-7 | 30  | \$1,750,905 | 2.436% | \$42,700 | 0   | \$0    | \$0                   | No            | \$541,800 |
| <b>Total Afiliados( 1)</b>                        |                |          |              |     |     |     |     |     |    |    |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |        |       |     | \$1,750,905 | \$280,200 |        |     | \$1,750,905 | \$218,900 |      |     | \$0    | \$0          |      |     | \$1,750,905 |        | \$42,700 |     | \$0    | \$0                   |               | \$541,800 |

## Planilla Resumen

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200         | \$1,500        | \$0                    | \$281,700        |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$280,200         | \$1,500        | \$0                    | \$281,700        |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700          | \$300          | \$0                    | \$43,000         |
| SEGUROS BOLIVAR          | 14-7   | 860,002,503 | 2  | 1         | \$42,700          | \$300          | \$0                    | \$43,000         |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900         | \$1,100        | \$0                    | \$220,000        |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$218,900         | \$1,100        | \$0                    | \$220,000        |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$541,800</b>  | <b>\$2,900</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$544,700</b> |

# DEISY ROMERO LONDOÑO

No somos Gran Contribuyente  
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA  
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

## Factura Electrónica de Venta CDR - 1176

Representación Gráfica  
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica  
No. 18764101662795 de 18/11/2025 - 18/05/2026 autoriza CDR - 1,061 a CDR - 20,000

Tipo de Operación Estandar  
Fecha de Generación 14/05/2026 15:35  
Fecha de Vencimiento 14/05/2026 15:35  
Fecha de Validación 14/05/2026 15:35  
Forma de Pago Contado  
Medio de Pago Consignación bancaria  
Moneda COP



### DATOS DEL EMISOR

Razón Social DEISY ROMERO LONDOÑO  
CC 39559821  
Obligación IVA  
Email deysitamor@hotmail.com  
Teléfono 3132166721  
Dirección Fiscal CL 40 B SUR 52 C 95, BOGOTA, D.C.,  
(BOGOTA, CO)

### DATOS DEL CLIENTE

Razón Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS  
DE SALUD CENTRO ORIENTE  
NIT 900959051  
Obligación IVA  
Email radicacionfacturaelectronica@subredce  
ntrooriente.gov.co  
Teléfono 3444482  
Dirección DG 34 5 43  
Ciudad, Depart. BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

| No            | REF | DESCRIPCIÓN                                    | CANT | U/M | PRECIO         | IMP | SUBTOTAL       | TOTAL ITEM     |
|---------------|-----|--|------|-----|----------------|-----|----------------|----------------|
| 1             | 032 | PRESTACION DE SERVICIO DE<br>ENFERMERIA - MAYO | 1.0  | EA  | \$3,423,420.00 |     | \$3,423,420.00 | \$3,423,420.00 |
| Subtotal      |     |  |      |     |                |     | \$3,423,420.00 |                |
| Total a Pagar |     |  |      |     |                |     | \$3,423,420.00 |                |

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: b7d0fa4623e291a7b93b43fbace9ed86a2e44e0ba8ca9c6467a4bdb370051cfaf2ce1f666ff2335841fed9a06aab0cd

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648