

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

|                                 |                       |                        |                  |                   |             |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------|-------------------|-------------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>     | ANA ROSA ROJAS MARIN  |                        | <b>CC:</b>       | 52873403          |             |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>      | ANNY02ROJAS@GMAIL.COM |                        | <b>TELÉFONO:</b> | 3202046384        |             |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>     | CL 76 18A-90S         |                        | <b>CIUDAD:</b>   | BOGOTA            |             |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b> | BANCOLOMBIA           | <b>TIPO DE CUENTA:</b> | AHORROS          | <b>N° CUENTA:</b> | 15400033665 |

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

|                                 |                              |   |              |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| <b>N° DEL CONTRATO:</b>         | PS 2349 2026                 | <b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b> | \$ 3.065.400 |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b> | 2026/02/01                   | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>                   | 2026/06/30   |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b> | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |   |              |



ANA ROSA ROJAS MARIN  
PS\_2349\_2026\_82AC67

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

ANA ROSA ROJAS MARIN

CC: 52873403

CEL: 3202046384

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

**ANA ROSA ROJAS MARIN**

**CON C.C N°**

**52.873.403**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

**PS 2349 2026**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2026/02/01**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$ 9.746.400

**No. HORAS EJECUTADAS**

**234**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 17.056.200

**VALOR DE HONORARIOS**

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 3.065.400

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

CINCO (5) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL LA VICTORIA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

NATALY DUQUE SALAZAR

**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. Se ejecutaron las actividades de acuerdo con la función de auxiliar de enfermería; 2. Se realizaron actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales y previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades derivadas del proceso de enfermería); 3. Se notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes a cargo, al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte de seguridad del paciente; 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante sobre los cambios en el estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada; 5. Se revisó la historia clínica de los pacientes asignados, conociendo su evolución diaria y plan de manejo para ejecutar el plan de cuidado de enfermería integral planteado por la enfermera; 6. Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones realizadas; 7. Se cumplieron las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales; 8. Se respondió por los inventarios, realizando control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, así como el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se desarrollaron las actividades; 9. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando atención humanizada y respetando la dignidad humana según la política institucional de humanización; 10. Se mantuvo la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la Resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución; 11. Se realizaron asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales según solicitudes, generando el respectivo registro en la historia clínica; 15. Se portó el carné institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente durante la ejecución de las actividades contractuales; 16. Se solicitó, alistó, entregó, custodió y retornó, con el respectivo proceso de limpieza, el instrumental según el área correspondiente, teniendo en cuenta el manual de la central de esterilización institucional; 18. Se cumplieron las actividades propias del servicio y las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, incluyendo apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología; 19. Se realizó la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia y formatos físicos que hacen parte de la historia clínica al archivo de gestión documental, efectuando el registro en el formato correspondiente; 20. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; 21. Se organizó el servicio y se realizó el alistamiento de áreas con la dotación necesaria, manteniéndolas ordenadas para facilitar la prestación de un servicio adecuado y oportuno; 23. Se veló por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos de los pacientes en el servicio; 25. Se diligenciaron de forma adecuada los formatos establecidos para el control

1

del servicio, tales como limpieza y desinfección, control de temperatura y humedad del carro de paro, temperatura de las neveras y del servicio o área; 26. Se dio cumplimiento a lo establecido en las normas y protocolos institucionales en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas; 27. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con las actividades contractuales; 28. Se realizó acompañamiento al profesional de enfermería en la revisión mensual del carro de paro; 29. Se realizó registro en el sistema de información institucional de la atención brindada a los pacientes a cargo; 30. Se realizó la solicitud y el respectivo descargue en el sistema de información de los insumos necesarios para la atención de los pacientes, así como la devolución de los insumos solicitados y no utilizados; 31. Se brindó educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general y normas institucionales; 32. Se cumplió con los protocolos y demás lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de las actividades contractuales, incluyendo recibo y entrega de turno, prevención de caídas, prevención de lesiones de piel y demás establecidos.

### 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° 9503229947 | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
|--------------------|---------------|---------------|------------------|
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:             | NUEVA EPS     | 2026/05/14    | \$ 218.900       |
| PENSIÓN:           | PORVENIR      | 2026/05/14    | \$ 280.200       |
| RIESGOS LABORALES: | SURA          | 2026/05/14    | \$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



ANA ROSA ROJAS MARIN

PS\_2349\_2026\_82AC67

ANA ROSA ROJAS MARIN

CC: 52873403

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ*

*PS\_2349\_2026\_82AC67*

**MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*NATALY DUQUE SALAZAR*

*PS\_2349\_2026\_82AC67*

**NATALY DUQUE SALAZAR**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                      |                 |                    |                      |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|----------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social         | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección            | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52873403                   |    | ROJAS MARIN ANA ROSA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 76 N 18A SUR -90 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7659588  | 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 | 306358571 | 9503229947 | I        | 2026/05/05 | 2026/05/14 | BANCOLOMBIA | 9         | \$545,500 |

| 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 |
| <b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>          |                       |           |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0 | \$0    |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b> |                       |           |         |      | \$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 52873403           | ROJAS ANA | 230301  | 30   | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS037 | 30   | \$1,750,905 | \$218,900 | 0      |      | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,750,905 | \$42,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| <b>Total</b>                                       | <b>Afiliados ( 1)</b> |           |         |      | \$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 52873403                   |    | ROJAS MARIN ANA ROSA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 76 N 18A SUR -90 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7659588  | 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 | 306358571 | 9503229947 | I        | 2026/05/05 | 2026/05/14 | BANCOLOMBIA | 9         | \$545,500 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200         | \$1,900        | \$0                    | \$282,100        |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$280,200         | \$1,900        | \$0                    | \$282,100        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700          | \$300          | \$0                    | \$43,000         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700          | \$300          | \$0                    | \$43,000         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900         | \$1,500        | \$0                    | \$220,400        |  |
| NUEVA E.P.S.             | EPS037 | 900,156,264 | 2  | 1         | \$218,900         | \$1,500        | \$0                    | \$220,400        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$541,800</b>  | <b>\$3,700</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$545,500</b> |  |

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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 Contr...](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

**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

**Documentos de ejecución del contrato**

| Descripción  | Nombre del archivo                           | Cargado por |                           |                         |
|--|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 PS 2349 2026 CRP -9220.pdf                          | 1 PS 2349 2026 CRP -9220.pdf                 | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 2349 2026 CUENTADE COBRO FEBRERO 2026.pdf          | PS 2349 2026 CUENTADE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 2349 2026 CUENTADE COBRO MARZO 2026.pdf            | PS 2349 2026 CUENTADE COBRO MARZO 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> PS 2349 2026 CUENTADE COBRO ENERO 2026.pdf            | PS 2349 2026 CUENTADE COBRO ENERO 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input checked="" type="checkbox"/> PS 2349 2026 CUENTADE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 2349 2026 CUENTADE COBRO ABRIL 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |