


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

|                          |                            |                 |           |            |              |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ |                 | CC:       | 52902081   |              |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | GECELL82@GMAIL.COM         |                 | TELÉFONO: | 3112896325 |              |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | KR 13A 30 61 sur           |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |              |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A.      | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 008400792506 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |              |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 2436 2026                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 5.151.600 |
| 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 |  |              |

 INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ  
PS\_2436\_2026\_6B2D30

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ

CC: 52902081

CEL: 3112896325

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

**INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ**

**CON C.C N°**

**52.902.081**

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

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 2436 2026</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2026/02/01</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |               |                             |            |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 17.744.400 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>216</b> |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

|   |               |  |              |
|---|---------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 26.568.900 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 5.151.600 |
|---|---------------|--|--------------|

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

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** NATALY DUQUE SALAZAR

**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 del perfil profesional de enfermería; 2. Se recibió y entregó turno de acuerdo con el protocolo institucional; 3. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería, su seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo con el diagnóstico y necesidades identificadas; 4. Se verificaron las medidas preventivas de eventos adversos, identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos presentados; 5. Se administraron y registraron los medicamentos oportunamente, verificando el cuidado directo de los pacientes de acuerdo con los protocolos y guías establecidas; 6. Se supervisaron las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando la realización de los procedimientos y el cumplimiento de los registros de enfermería; 7. Se realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con el protocolo institucional; 8. Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio; 9. Se realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando se requirió; 10. Se participó en forma activa en la revista médica diaria, realizando los aportes correspondientes; 11. Se realizó la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo con el número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio; 12. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio; 13. Se realizó la asignación adecuada de camas en el mapa de camas del sistema de información; 14. Se gestionó y realizó el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo con la necesidad, a fin de optimizar el giro cama; 14. Se tramitaron de forma oportuna procedimientos de laboratorio, radiología, solicitudes especiales y remisiones requeridas para los pacientes a carga; 15. Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred; 16. 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; 17. Se dio cumplimiento al protocolo del Carro Paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión y registros oportunos según formatos establecidos, incluyendo el registro de temperatura y descarga del desfibrilador; 18. Se portó la carne institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales; 19. Se hizo parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo; 20. Se realizó la verificación, ejecución y supervisión del protocolo de limpieza y desinfección con el personal a carga y su respectivo registro; 21. Se ejercieron las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos institucionales; 25. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE; 27. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio; 30. Se realizaron los registros respectivos y necesarios de la atención del paciente en la historia clínica del sistema de información establecido en la Subred o en formatos físicos cuando se utiliza medio de contingencia; 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; 33. Se asistirá a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con las actividades contractuales

**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° 9505276134 | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA  |
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO      |
| SALUD:              | SURA          | 2026/05/25    | \$ 261.200        |
| PENSIÓN:            | PORVENIR      | 2026/05/25    | \$ 334.300        |
| RIESGOS LABORALES:  | SURA          | 2026/05/25    | \$ 50.900         |
| OTRO                |               |               |                   |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |               |               | <b>\$ 646.400</b> |


**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

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> | <br><i>INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ</i><br><i>PS_2436_2026_6B2D30</i><br><hr/> <b>INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ</b><br><b>CC: 52902081</b> |
|---------------------------------------|---|

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b> | <br><i>LORENA MERCEDES PARRA VARGAS</i><br><i>PS_2436_2026_6B2D30</i><br><hr/> <b>LORENA MERCEDES PARRA VARGAS</b><br><b>SUPERVISOR ALTERNO</b> |
|------------------------------|--|

|  |   |
|--|---|
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> | <br><i>NATALY DUQUE SALAZAR</i><br><i>PS_2436_2026_6B2D30</i><br><hr/> <b>NATALY DUQUE SALAZAR</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 52902081                   |    | SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Crra 13a 30-61 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 6594245  | 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 | 335360950 | 9505276134 | I        | 2026/05/21 | 2026/05/25 | BANCO DAVIVIENDA | 4         | \$648,400 |

| 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>          |                       |               |         |      | \$2,089,260 | \$334,300 |        |      | \$2,089,260 | \$261,200 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$2,089,260 | \$50,900 |              | \$0 | \$0    |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b> |                       |               |         |      | \$2,089,260 | \$334,300 |        |      | \$2,089,260 | \$261,200 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$2,089,260 | \$50,900 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)   |                       |               |         |      | \$2,089,260 | \$334,300 |        |      | \$2,089,260 | \$261,200 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$2,089,260 | \$50,900 |              | \$0 | \$0    |
| 1  | CC 52902081           | SUAREZ INGRID | 230301  | 30   | \$2,089,260 | \$334,300 | EPS010 | 30   | \$2,089,260 | \$261,200 | 0      |      | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$2,089,260 | \$50,900 | 0            | \$0 | \$0    |
| <b>Total</b>                                       | <b>Afiliados ( 1)</b> |               |         |      | \$2,089,260 | \$334,300 |        |      | \$2,089,260 | \$261,200 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$2,089,260 | \$50,900 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                            |                 |                    |                    |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social               | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52902081                   |    | SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Crra 13a 30-61 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 6594245  | 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 | 335360950 | 9505276134 | I        | 2026/05/21 | 2026/05/25 | BANCO DAVIVIENDA | 4         | \$648,400 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$334,300         | \$1,000        | \$0                    | \$335,300        |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$334,300         | \$1,000        | \$0                    | \$335,300        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$50,900          | \$200          | \$0                    | \$51,100         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$50,900          | \$200          | \$0                    | \$51,100         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$261,200         | \$800          | \$0                    | \$262,000        |  |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2  | 1         | \$261,200         | \$800          | \$0                    | \$262,000        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$646,400</b>  | <b>\$2,000</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$648,400</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

### 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 2436 2026 CUENTADE COBRO ENERO 2026.pdf   | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO ENERO 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 1 PS 2436 2026 CRP -9302.pdf                 | 1 PS 2436 2026 CRP -9302.pdf                 | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO MARZO 2026.pdf   | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO MARZO 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO ABRIL 2026.pdf   | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO ABRIL 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

### Datos guardados