

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

|                                 |                                |                        |                  |                   |              |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>     | LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA      |                        | <b>CC:</b>       | 1073321304        |              |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>      | SANTIAGARZONGUZMAN@HOTMAIL.COM |                        | <b>TELÉFONO:</b> | 3102899965        |              |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>     | CL 64C SUR 36 31               |                        | <b>CIUDAD:</b>   | BOGOTA            |              |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b> | BANCO DAVIVIENDA S.A.          | <b>TIPO DE CUENTA:</b> | AHORROS          | <b>N° CUENTA:</b> | 488450044091 |

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

|                                 |                              |   |              |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| <b>N° DEL CONTRATO:</b>         | PS 2157 2026                 | <b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b> | \$ 2.403.500 |
| <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 |   |              |



LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA  
PS\_2157\_2026\_C3B1AA

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA

CC: 1073321304

CEL: 3102899965

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

**LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA**

**CON C.C N°**

**1.073.321.304**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|---|

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 2157 2026</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2026/02/01</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |            |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 9.411.600 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>190</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

|   |               |  |              |
|---|---------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 12.928.300 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 2.403.500 |
|---|---------------|--|--------------|

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b> | CINCO (5) MESES |
|--|-----------------|

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b> | HOSPITAL SANTA CLARA |
|--|----------------------|

|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> | SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ |
|-------------------------------|-------------------------------|

**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  | Organice el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno   |
| 2  | Cumpli con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales   |
| 3  | Realice actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.   |
| 4  | Ejecute procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas  |
| 5  | Realice las curaciones a los usuarios tanto hospitalizados como ambulatorios que requieren manejo en el Programa de Clínica de Heridas   |
| 6  | Verifique medidas preventivas de eventos adversos e identificar riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten   |
| 7  | Administre y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas en el Programa utilizando técnicas de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad                              |
| 8  | Realice las curaciones oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, reportar a médico tratante y coordinadores cualquier dificultad presentada con la atención del paciente |
| 9  | Vele por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.  |
| 10 | Respondi por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio  |
| 11 | Asisti a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución  |
| 12 | Respondi oportunamente las interconsultas que se realizan desde los servicios a los pacientes hospitalizados   |
| 13 | Di cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de Historia Clínica establecido en la institución   |

**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**

|                         |               |                  |                  |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------|
| <b>No. DE PLANILLA:</b> | N° 9503225562 | <b>OPERADOR:</b> | APORTES EN LINEA |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------|

| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD   | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO      |
|---------------------|-----------|---------------|-------------------|
| SALUD:              | NUEVA EPS | 2026/05/14    | \$ 220.400        |
| PENSIÓN:            | PORVENIR  | 2026/05/14    | \$ 282.100        |
| RIESGOS LABORALES:  | SURA      | 2026/05/14    | \$ 43.000         |
| OTRO                |           |               |                   |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |           |               | <b>\$ 545.500</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 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>  |  <p><i>LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA</i><br/><i>PS_2157_2026_C3B1AA</i></p> <hr/> <p><b>LUZ ZORAIDA GUZMAN CADENA</b><br/><b>CC: 1073321304</b></p>                  |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> |  <p><i>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</i><br/><i>PS_2157_2026_C3B1AA</i></p> <hr/> <p><b>SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ</b><br/><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p> |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                           |                 |                    |                        |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social              | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion              | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1073321304                 |    | GUZMAN CADENA LUZ ZORAIDA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CALLE 64 C SUR # 36-31 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3102899965 | 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 | 307778023 | 9503225562 | I        | 2026/05/05 | 2026/05/14 | NEQUI | 9         | \$580,900 |

| 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   |           |       | \$1,750,905 | \$35,100    |          |      | \$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   |           |       | \$1,750,905 | \$35,100    |          |      | \$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   |           |       | \$1,750,905 | \$35,100    |          |      | \$1,750,905 | \$42,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1  | CC                   | 1073321304 | GUZMAN LUZ | 230301 | 30          | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS002 | 30          | \$1,750,905 | \$218,900 | CCF24 | 30          | \$1,750,905 | \$35,100 | 14-7 | 30          | \$1,750,905 | \$42,700     | 30  | \$0    | \$0 |
| <b>Total</b>                                       | <b>Afiliados( 1)</b> |            |            |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |       | \$1,750,905 | \$35,100    |          |      | \$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 1073321304                 |    | GUZMAN CADENA LUZ ZORAIDA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CALLE 64 C SUR # 36-31 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3102899965 | 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 | 307778023 | 9503225562 | I        | 2026/05/05 | 2026/05/14 | NEQUI | 9         | \$580,900 |

| 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         |  |
| SEGUROS BOLIVAR          | 14-7   | 860,002,503 | 2  | 1         | \$42,700          | \$300          | \$0                    | \$43,000         |  |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$35,100          | \$300          | \$0                    | \$35,400         |  |
| COMPENSAR                | CCF24  | 860,066,942 | 7  | 1         | \$35,100          | \$300          | \$0                    | \$35,400         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900         | \$1,500        | \$0                    | \$220,400        |  |
| SALUD TOTAL              | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$218,900         | \$1,500        | \$0                    | \$220,400        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$576,900</b>  | <b>\$4,000</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$580,900</b> |  |



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

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

## 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"/> | 1 PS 2157 2026 CRP -9033.pdf                     | 1 PS 2157 2026 CRP -9033.pdf                     | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 1. PS 2157 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | 1. PS 2157 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 2. PS 2157 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf   | 2. PS 2157 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 3. PS 2157 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf   | 3. PS 2157 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

## Datos guardados