

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ		
Documento	CC52853134	Dirección	CR 10A #36 F - 65 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3138224489
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VOT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52853134	BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ	57	0																	0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$1,750,905	\$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$1,750,905	\$218,900	2.436	\$1,750,905	\$42,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$541,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,750,905	\$1,750,905	\$1,750,905	\$0	\$280,200	\$218,900	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$541,800	\$600	\$542,400

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ			CC:	52853134
CORREO ELECTRÓNICO:	BLANCA.FORERO2217@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3138224489
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10A 36F 65 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488427569923
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3850 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.466.750	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ PS_3850_2026_5E94E3 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ CC: 52853134 CEL: 3138224489					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ

CON C.C N°52.853.134

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 3850 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/04/17

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.450.920No. HORAS EJECUTADAS195

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$5.854.420VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.466.750

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASTRES (3) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL LA VICTORIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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. EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE ACCIONES INSEGURAS DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA. 2. REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS PARA CONOCER SU DIAGNÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, APOYANDO LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA. 3. PREPARAR, ORIENTAR Y ALISTAR A LOS PACIENTES PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE CARDIOLOGÍA COMO ELECTROCARDIOGRAMA, HOLTER, MAPA, REALIZAR LA TOMA, CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, MEDICIONES DE CONTROL Y OBSERVACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE VAN PARA PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAMAS STRESS DOBUTAMINA, EJERCICIO, ECOCARDIOGRAMAS TRANSESOFÁGICOS Y PRUEBAS DE ESFUERZO INFORMANDO OPORTUNAMENTE CUALQUIER ALTERACIÓN AL MÉDICO Y A LA ENFERMERA JEFE, ASEGURANDO LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. 4. ASISTIR AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y AL EQUIPO DE CARDIOLOGÍA DURANTE LA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS, SUMINISTRANDO EL MATERIAL REQUERIDO, GARANTIZANDO CONDICIONES DE ASEPSIA Y VERIFICANDO EL FUNCIONAMIENTO BÁSICO DE LOS EQUIPOS. 5. COLOCAR, RETIRAR Y VERIFICAR LA ADECUADA ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO COMO ELECTRODOS DE ECG, TENSÍOMETROS AUTOMÁTICOS, HOLTER Y MAPA, DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES. 6. BRINDAR ORIENTACIÓN BÁSICA AL PACIENTE Y A SU FAMILIA, SEGÚN INDICACIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL, SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, CUIDADOS INMEDIATOS, RESTRICCIONES, ENTREGA DE DISPOSITIVOS Y RECOMENDACIONES GENERALES. 7. APOYAR LA MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LOS PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS, GARANTIZANDO CONFORT, SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS. 8. MANTENER LIMPIAS, ORDENADAS Y ADECUADAMENTE DOTADAS LAS ÁREAS DE ATENCIÓN CARDIOLÓGICA Y LA UNIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL TURNO. 9. REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN OPORTUNA DE CAMILLAS Y ÁREAS DISPONIBLES, Y APOYAR LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE PACIENTES. 10. SOLICITAR, ALISTAR, CUSTODIAR, ENTREGAR Y RETORNAR EQUIPOS DEL SERVICIO, ASEGURANDO LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN SEGÚN EL MANUAL INSTITUCIONAL. 11. RESPONDER POR EL CONTROL, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS Y ELEMENTOS ASIGNADOS AL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, ASÍ COMO POR EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA. 12. ACOMPAÑAR AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA REVISIÓN DEL CARRO DE PARO, VERIFICANDO SECUENCIA, CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS, TEMPERATURA, DESCARGA Y FUNCIONAMIENTO DEL DESFIBRILADOR, CONFORME AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 13. DILIGENCIAR DE FORMA COMPLETA, CLARA Y OPORTUNA LOS REGISTROS CLÍNICOS, ADMINISTRATIVOS Y ESTADÍSTICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. 14. GARANTIZAR LA ORGANIZACIÓN, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTINGENCIA Y FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, DEJANDO LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES. 15. IDENTIFICAR, NOTIFICAR Y REPORTAR INMEDIATAMENTE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS O ACCIONES INSEGURAS AL MÉDICO DE TURNO, ENFERMERO JEFE Y A TRAVÉS DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE REPORTE. 16. CUMPLIR Estrictamente las normas de bioseguridad, seguridad del paciente, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, manejo de residuos y seguridad y salud en el trabajo. 17. Brindar una atención humanizada, con trato cálido, respetuoso y digno al paciente y su familia, de acuerdo con la política institucional de humanización. 18. Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, conforme a la

1	NORMATIVIDAD VIGENTE Y AL MANUAL INSTITUCIONAL DE HISTORIA CLÍNICA. 19. PORTAR EL CARNÉ INSTITUCIONAL Y EL UNIFORME DE MANERA ADECUADA, CUMPLIENDO LAS NORMAS DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 20. APLICAR, ACATAR Y CUMPLIR LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, PROTOCOLOS Y DEMÁS NORMAS DEFINIDAS POR LA INSTITUCIÓN Y EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. 21. PARTICIPAR Y TENER DISPOSICIÓN PARA ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES, JORNADAS Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN Y EL SERVICIO. 22. APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN, ACREDITACIÓN Y SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. 23. ACTUALIZAR BASES DE DATOS, APOYAR LA ELABORACIÓN DE INFORMES Y REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DEL SERVICIO, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS Y TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED. 24. SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR. 25. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR
---	---

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° 1081744582	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/11	\$ 80.300	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/11	\$ 102.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/11	\$ 15.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 198.800	

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ PS_3850_2026_5E94E3 BLANCA LILIA FORERO VELASQUEZ CC: 52853134
--------------------------------	--

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
PS_3850_2026_5E94E3

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
SUPERVISOR DEL CONTRATO