

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ESTEFANIA ARANGO MARTINEZ			CC:	1002547153
CORREO ELECTRÓNICO:	EM9240806@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3502053591
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13C 42 62 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	019871102
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3949 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.301.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 ESTEFANIA ARANGO MARTINEZ PS_3949_2026_AF4E88 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ESTEFANIA ARANGO MARTINEZ CC: 1002547153 CEL: 3502053591					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ESTEFANIA ARANGO MARTINEZ

CON C.C N°1.002.547.153

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3949 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/04
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$2.274.160	No. HORAS EJECUTADAS	252
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$9.196.200	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$3.301.200
--	-------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) 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 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
--	---

1	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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 92840953	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/30	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/06/30	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/30	\$ 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 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	 ESTEFANIA ARANGO MARTINEZ PS_3949_2026_AF4E88 ESTEFANIA ARANGO MARTINEZ CC: 1002547153
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON PS_3949_2026_AF4E88 NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON SUPERVISOR ALTERNO

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



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_3949_2026_AF4E88

NATALY DUQUE SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.800
Pensión	1	280.200	283.900
Riesgos Laborales	1	42.700	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	549.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1002547153	ESTEFANIA ARANGO MARTINEZ		carrera 13 c 42 62 sur	3125695135	EM9240806@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92840953	30/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$549.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonero	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1002547153	ARANGO MARTINEZ ESTEFANIA	59	0			N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción

Nombre del archivo

Cargado por



PS_3949_2026 CUENTA DE COBRO
MAYO 2026.pdf

PS_3949_2026 CUENTA DE COBRO
MAYO 2026.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>