

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON			CC:	1000005318
CORREO ELECTRÓNICO:	FABIANSTIVENROMEROCALDERON@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3187674750
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 10 ESTE 20 SUR 39			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0086007589
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3813 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.537.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON PS_3813_2026_727FAE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON CC: 1000005318 CEL: 3187674750					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON

CON C.C N°1.000.005.318

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3813 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/15
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$3.817.340	No. HORAS EJECUTADAS	270
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$12.183.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$3.537.000
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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

1. Se ejecutaron las actividades de acuerdo con la función de auxiliar de enfermería2. 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 paciente4. 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 adecuada5. 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 enfermera6. Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones realizadas7. Se cumplieron las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales8. 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 actividades9. 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 humanización10. 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 institución11. Se realizaron asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales según solicitudes, generando el respectivo registro en la historia clínica15. Se portó el carné institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente durante la ejecución de las actividades contractuales16. 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 institucional18. 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 patología19. 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 correspondiente20. 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 oportuno23. Se veló por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos de los pacientes en el servicio25. 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 área26. 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 asignadas27. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con las actividades contractuales28. Se realizó acompañamiento al profesional de enfermería en la revisión mensual del carro de paro29. Se realizó registro en el sistema de información institucional de la atención brindada a los pacientes a cargo30. 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 utilizados31. Se brindó educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general y normas institucionales32. 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° 9504926504	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/11	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/11	\$ 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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON PS_3813_2026_727FAE FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON CC: 1000005318
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ PS_3813_2026_727FAE 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_3813_2026_727FAE NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																														
Identificación		dv	Razon Social					Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																					
CC 1000005318			FABIAN STIVEN ROMERO CALDERON					INDEPENDIENTE					Principal			Calle 10 este # 20 sur-39			BOGOTA-BOGOTA D.E.				2800617		No																					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																														
Periodo		Clave					Tipo		Fecha					Pago																																
Pensión	Salud	Pago			Planilla		Planilla		Limite		Pago			Banco				Dias Mora		Valor																										
2026-06	2026-06	468201609			9506582835		I		2026/07/06		2026/07/10			NEQUI				4		\$552,300																										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																														
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES																
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	hsp	pcor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,423,500	\$8,600			\$1,750,905	\$42,700			\$0					
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,423,500	\$8,600			\$1,750,905	\$42,700			\$0					
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,423,500	\$8,600			\$1,750,905	\$42,700			\$0					
1	CC	1000005318	ROMERO FABIAN																230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,423,500	\$8,600	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	30	\$0									
Total		Afiliados(1)																																												

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$900	\$0	\$281,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$900	\$0	\$281,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$200	\$0	\$42,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,600	\$100	\$0	\$8,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$8,600	\$100	\$0	\$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$700	\$0	\$219,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$700	\$0	\$219,600
TOTAL				1	\$550,400	\$1,900	\$0	\$552,300