

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                                  |         |              |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                                  |         |              |                  |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                                  |         |              |                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                              | EMILY ALEXANDRA MINA HERNANDEZ |                                                  |         | CC:          | 1006947140       |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                               | alexandramina15@gmail.com      |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3143041124       |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                              | CL 47 B SUR 27 89              |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA           |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A.          | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 0550488433811277 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                                  |         |              |                  |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                  | PS 3626 2026                   | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 4.436.100 |                  |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                          | 2026/03/27                     | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/06/30   |                  |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                          | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31   |                                                  |         |              |                  |
| <div><div>EMILY ALEXANDRA MINA HERNANDEZ<br/>PS_3626_2026_48AFB6</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>EMILY ALEXANDRA MINA HERNANDEZ<br/>CC: 1006947140<br/>CEL: 3143041124</div> |                                |                                                  |         |              |                  |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
EMILY ALEXANDRA MINA HERNANDEZ

CON C.C N°1.006.947.140

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO 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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 3626 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/03/27

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$9.611.550No. HORAS EJECUTADAS186

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$13.022.100VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.436.100

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL LA VICTORIA

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

1. EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO A LA FUNCION DE SU PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.2. RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 3. REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DIARIO DE ENFERMERIA. SEGUIMIENTO Y RESPECTIVA EVALUACION DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS. 4. VERIFICAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS, GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN. 5. ADMINISTRAR Y REGISTRAR MEDICAMENTOS OPORTUNAMENTE VERIFICANDO EL CUIDADO DIRECTO A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS ESTABLECIDAS. 6. SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y CAMILLEROS, VERIFICANDO QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO QUE CUMPLAN LOS REGISTROS DE ENFERMERIA. 7. REALIZAR ACTUALIZACION DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 8. CONTROLAR LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO. 9. REALIZAR LAS DEVOLUCIONES AL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS POR PACIENTE ANTES DEL EGRESO Y DIARIAMENTE CUANDO ASI LO AMERITE. 10. PARTICIPAR EN FORMA ACTIVA EN LA REVISTA MEDICA DIARIA DANDO SUS APORTES SEGUN SEA EL CASO. 11. REALIZAR LA ASIGNACION DE PACIENTE A CADA AUXILIAR DE ACUERDO AL NUMERO DE PACIENTES, COMPLEJIDAD Y NECESIDADES DEL SERVICIO. 12. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO. 13. REALIZAR LA ASIGNACION OPORTUNA DE CAMAS EN EL MAPA DE CAMAS DE SISTEMA DE INFORMACION. 14. GESTIONAR Y REALIZAR EL TRASLADO DE PACIENTES ENTRE SERVICIOS DE ACUERDO A NECESIDAD, A FIN DE OPTIMIZAR EL GIRO DE CAMA. 14. TRAMITAR DE FORMA OPORTUNA EXAMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGIA, EXAMENES ESPECIALES Y REMISIONES QUE REQUIERAN LOS PACIENTES A CARGO. 15. DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA DE LA SUBRED. 16. DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION EN CUANTO AL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCION DENTRO DE LAS AREAS ASIGNADAS. 17. REALIZAR CUMPLIMIENTO SEGUN PROTOCOLO DEL CARRO PARO, VERIFICANDO SECUENCIA, CANDADOS DE SEGURIDAD, SEGUIMIENTO, REVISION, REGISTROS OPORTUNOS SEGUN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA DEL DESFIBRILADOR. 18. PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 19. HACER PARTE DEL PROCESO DE INDUCCION DE FORMA ACTIVA Y POSITIVA AL PERSONAL NUEVO. 20. VERIFICACION, EJECUCION Y SUPERVISION DE PROTOCOLO LIMPIEZA Y DESINFECCION CON EL PERSONAL A CARGO Y SU RESPECTIVO REGISTRO. 21. EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS INSTITUCIONALES. 25. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION Y HABILITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 27. PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS, MANUALES Y GUIAS DEL SERVICIO. 30. REALIZAR LOS REGISTROS RESPECTIVOS Y NECESARIOS DE LA ATENCION DEL PACIENTE EN LA HISTORIA CLINICA DEL SISTEMA DE INFORMACION ESTABLECIDO EN LA SUBRED O EN FORMATOS FISICOS CUANDO SEA MEDIO DE CONTINGENCIA. 31. BRINDAR EDUCACION E INFORMACION AL PACIENTE Y CUIDADORES RESPECTO AL CUIDADO GENERAL DEL PACIENTE Y NORMAS INSTITUCIONALES. 32. CUMPLIR CON PROTOCOLOS Y DEMAS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES QUE LE APLIQUEN A LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 33. ASISTIR A JORNADAS DE CAPACITACIONES, REUNIONES Y EVENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO Y EN LA INSTITUCION DE ACUERDO A 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° 6015548657 | OPERADOR:     | SOI          |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | COMPENSAR     | 2026/05/12    | \$ 124.021   |
| PENSIÓN:           | PROTECCION    | 2026/05/12    | \$ 158.747   |
| RIESGOS LABORALES: | SURA          | 2026/05/12    | \$ 24.169    |
| OTRO               |               |               |              |
| TOTAL PAGADO       |               |               | \$ 306.937   |

#### 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                                                                |  <b>EMILY ALEXANDRA MINA HERNANDEZ</b><br><b>PS_3626_2026_48AFB6</b><br><b>EMILY ALEXANDRA MINA HERNANDEZ</b><br><b>CC: 1006947140</b> |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO |  <b>NATALY DUQUE SALAZAR</b><br><b>PS_3626_2026_48AFB6</b><br><b>NATALY DUQUE SALAZAR</b><br><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>            |