

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAIDALIZED BERMUDEZ CORREA			CC:	29832710
CORREO ELECTRÓNICO:	MAIDALICED2007@YAHOO.ES			TELÉFONO:	1111111111
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 49C BIS A 59C 20			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	77200017857
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2306 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.537.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				



MAIDALIZED BERMUDEZ CORREA
PS_2306_2026_A2594C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAIDALIZED BERMUDEZ CORREA
CC: 29832710
CEL: 1111111111

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MAIDALIZED BERMUDEZ CORREA

CON C.C N° 29.832.710

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2306 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.746.400	No. HORAS EJECUTADAS	270
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.222.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.537.000
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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 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 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-07-01) AL (2026-07-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 4657663979	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/21	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/21	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/21	\$ 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	 MAIDALIZED BERMUDEZ CORREA PS_2306_2026_A2594C MAIDALIZED BERMUDEZ CORREA CC: 29832710		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON PS_2306_2026_A2594C 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_2306_2026_A2594C NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 29832710
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MAIDA LICED BERMUDEZ CORREA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRANSVERSAL 49 - 59C-20 APTO	TELÉFONO: 7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - PLANILLA1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4657663979	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	18	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9997510783

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 283.900
SUBTOTAL:			1	\$ 283.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 221.800
SUBTOTAL:			1	\$ 221.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 43.300
SUBTOTAL:			1	\$ 43.300

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 7.200
TOTAL PAGADO:	\$ 549.000

territorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- Información general
- Condiciones
- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- Ejecución del Contrato
- Modificaciones del Contrato
- Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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
☐ 1 PS 2306 2026 CRP -10390.pdf	1 PS 2306 2026 CRP -10390.pdf	Comprador Descargar Detalle
PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf.pdf (Archivado)	PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 2 PS 2306 2026 CRP -14704.PDF	2 PS 2306 2026 CRP -14704.PDF	Comprador Descargar Detalle
☐ PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS_2306_2026_CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >