

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SARA NICOLE MUÑOZ FIGUERO			CC:	1000319369
CORREO ELECTRÓNICO:	nicoleta030417@gmail.com			TELÉFONO:	3045976482
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 40 6 12			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	043595222
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3965 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.043.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				



SARA NICOLE MUÑOZ FIGUERO
PS_3965_2026_2B4F57

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SARA NICOLE MUÑOZ FIGUERO
CC: 1000319369
CEL: 3045976482

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 SARA NICOLE MUÑOZ FIGUEREDO

CON C.C N° 1.000.319.369

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3965 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/05
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.192.940	No. HORAS EJECUTADAS	156
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.698.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.043.600
--	--------------	---	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
------------------------	--------------------------------

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. Realicé el recibo y la entrega de turno conforme a los protocolos vigentes de la entidad, notificando oportunamente al referente de referencia cualquier novedad ocurrida durante la prestación del servicio.
2	2. Controlé y registré los signos vitales de los pacientes trasladados, informando cualquier alteración al médico receptor del paciente y realizando actividades de enfermería que previnieron acciones inseguras durante la prestación del servicio.
3	3. Realicé el control, conservación y registro adecuado de los equipos, insumos y camilla de la ambulancia, utilizando los formatos institucionales correspondientes y siguiendo los protocolos establecidos los primeros 7 días del mes, formatos MI-UR-FT-032 Ambulancia Básica y MI-UR-FT-033 Ambulancia Medicalizada.
4	4. Elaboré la historia clínica conforme a la normativa colombiana vigente, de acuerdo con la Resolución 1995 de 1999 y utilizando el formato de Registro de Atención para Traslado Asistencial Secundario (código: MI-UR-FT-017), así como la elaboración de los demás documentos requeridos para el traslado de pacientes, incluyendo el formato Lista de Chequeo Traslado Asistencial (MI-UR-FT-015), asegurando siempre la claridad y exactitud de la información registrada.
5	5. Realicé la limpieza, desinfección y el registro en los formatos institucionales, efectué el aseo rutinario por turno, y durante los fines de semana llevé a cabo la desinfección terminal conforme al protocolo establecido y según la patología del paciente.
6	6. Recibí y entregué al paciente con el profesional de enfermería y/o médico del servicio correspondiente, según la unidad de origen y destino, brindando atención adecuada tanto al paciente como a su familia, manteniendo el respeto por la dignidad humana.
7	7. Conocí y cumplí la Política de Seguridad del Paciente, así como también reporté eventos adversos e incidentes.
8	8. Asistí y participé en las capacitaciones, socializaciones y espacios técnico-científicos programados por la entidad.
9	9. Comunicué oportunamente al supervisor del contrato cualquier situación que pudiera impactar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, con el fin de permitir la toma de decisiones adecuadas y garantizar la continuidad en la prestación del servicio.
10	10. Garanticé el uso correcto y responsable del radio de comunicaciones de la ambulancia, asegurándome de mantener una comunicación constante y fluida con el centro de operaciones o la base. Informé de manera oportuna y precisa cualquier novedad, incidente o situación relevante que ocurrió durante la prestación del servicio, tanto al inicio como al final de cada turno, así como durante el desarrollo de las actividades asignadas.
11	11. Realicé las demás actividades relacionadas con el cargo que me fueron asignadas por el supervisor del contrato

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° 8393160956	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/14	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/14	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/14	\$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.751
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	 SARA NICOLE MUÑOZ FIGUEREDO PS_3965_2026_2B4F57 SARA NICOLE MUÑOZ FIGUEREDO CC: 1000319369		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_3965_2026_2B4F57 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO		

[illegible]

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Editor

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelidentfier=CO1.SLCNTR.17341656

CAPACITACIONES (496 n.º de no leídos... Gmail YouTube APLICATIVO PARA... SECOP2 SIDEAP Inicio documentos Traducir

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 14:25:27 Sara Muñoz

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Prove...

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Co...

9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

Evaluación del comprador

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Si ☒ 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
☐ PS_3965_2026_MAYO_CUENTA DE COBRO.pdf	PS_3965_2026_MAYO_CUENTA DE COBRO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ PS_3927_2026_JUNIO_CUENTA DE COBRO.pdf	PS_3927_2026_JUNIO_CUENTA DE COBRO.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Eliminar seleccionados Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación del comprador

Windows Taskbar

2:25 p. m. 5/07/2026