

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDI TATIANA CAMACHO SOSA			CC:	1013692439
CORREO ELECTRÓNICO:	leidy_tatiana06@outlook.com			TELÉFONO:	3105757225
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 17 A BIS 63 20 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488470868891
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3584 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.293.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 LEIDI TATIANA CAMACHO SOSA PS_3584_2026_9267D5 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDI TATIANA CAMACHO SOSA CC: 1013692439 CEL: 3105757225					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LEIDI TATIANA CAMACHO SOSA

CON C.C N°1.013.692.439

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO 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 SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 3584 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/03/20

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$10.646.640No. HORAS EJECUTADAS180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$18.603.000VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.293.000

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SAN BLAS

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. Se ejecutaron las actividades de acuerdo con la función del perfil profesional de enfermería; 2. Se recibió y entregó turno de acuerdo con el protocolo institucional; 3. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería, su seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo con el diagnóstico y necesidades identificadas; 4. Se verificaron las medidas preventivas de eventos adversos, identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos presentados; 5. Se administraron y registraron los medicamentos oportunamente, verificando el cuidado directo de los pacientes de acuerdo con los protocolos y guías establecidas; 6. Se supervisaron las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando la realización de los procedimientos y el cumplimiento de los registros de enfermería; 7. Se realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con el protocolo institucional; 8. Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio; 9. Se realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando se requirió; 10. Se participó en forma activa en la revista médica diaria, realizando los aportes correspondientes; 11. Se realizó la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo con el número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio; 12. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio; 13. Se realizó la asignación oportuna de camas en el mapa de camas del sistema de información; 14. Se gestionó y realizó el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo con la necesidad, a fin de optimizar el giro cama; 14. Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones requeridas por los pacientes a cargo; 15. Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred; 16. 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; 17. Se dio cumplimiento al protocolo del Carro Paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión y registros oportunos según formatos establecidos, incluyendo el registro de temperatura y descarga del desfibrilador; 18. Se portó el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales; 19. Se hizo parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo; 20. Se realizó la verificación, ejecución y supervisión del protocolo de limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro; 21. Se ejercieron las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos institucionales; 25. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; 27. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio; 30. Se realizaron los registros respectivos y necesarios de la atención del paciente en la historia clínica del sistema de información

	establecido en la Subred o en formatos físicos cuando se utilizó medio de contingencia;
1	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; 33. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9507730687	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/07/09	\$ 221.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/09	\$ 284.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/09	\$ 43.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 549.200

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	 LEIDI TATIANA CAMACHO SOSA PS_3584_2026_9267D5 LEIDI TATIANA CAMACHO SOSA CC: 1013692439
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LORENA MERCEDES PARRA VARGAS PS_3584_2026_9267D5 LORENA MERCEDES PARRA VARGAS SUPERVISOR ALTERNO

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



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_3584_2026_9267D5

NATALY DUQUE SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013692439		CAMACHO SOSA LEIDI TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 17 abis # 63-20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	93004418		9507730687	I	2026/07/09	2026/07/09	BANCO DE OCCIDENTE	\$549,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,774,440	\$284,000			\$1,774,440	\$221,900			\$0	\$0			\$1,774,440	\$43,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,774,440	\$284,000			\$1,774,440	\$221,900			\$0	\$0			\$1,774,440	\$43,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,774,440	\$284,000			\$1,774,440	\$221,900			\$0	\$0			\$1,774,440	\$43,300		\$0	\$0	
1	CC	1013692439	CAMACHO LEIDI	230301	30	\$1,774,440	\$284,000	EPS037	30	\$1,774,440	\$221,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,774,440	\$43,300	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,774,440	\$284,000			\$1,774,440	\$221,900			\$0	\$0			\$1,774,440	\$43,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013692439		CAMACHO SOSA LEIDI TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 17 abis # 63-20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	93004418	9507730687	I	2026/07/09	2026/07/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$549,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$284,000	\$0	\$0	\$284,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$284,000	\$0	\$0	\$284,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$43,300	\$0	\$0	\$43,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$43,300	\$0	\$0	\$43,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$221,900	\$0	\$0	\$221,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$221,900	\$0	\$0	\$221,900	
TOTAL				1	\$549,200	\$0	\$0	\$549,200	

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

5

6

7

8

9

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		
☐	PS 3584 -2026 _ CUENTA DE COBRO _ ABRIL.pdf	PS 3584 -2026 _ CUENTA DE COBRO _ ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3584 -2026 _ CUENTA DE COBRO _ MAYO..pdf	PS 3584 -2026 _ CUENTA DE COBRO _ MAYO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3584 2026 CRP -13252.PDF	1 PS 3584 2026 CRP -13252.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3584 2026 CRP -17435.PDF	2 PS 3584 2026 CRP -17435.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3584 -2026 _ CUENTA DE COBRO _JUNIO.pdf	PS 3584 -2026 _ CUENTA DE COBRO _JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >