

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAROLINA ROJAS SUAREZ			CC:	52163433
CORREO ELECTRÓNICO:	KARENROJAS24@HOTMAIL.ES			TELÉFONO:	3228849458
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 111 BIS 72 C 08			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:	001800208876
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2794 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.751.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 CAROLINA ROJAS SUAREZ PS_2794_2026_1DB5DC NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAROLINA ROJAS SUAREZ CC: 52163433 CEL: 3228849458					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CAROLINA ROJAS SUAREZ

CON C.C N°52.163.433

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2794 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$9.746.400	No. HORAS EJECUTADAS	210
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$18.706.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$2.751.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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	REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD, INFORMANDO CUALQUIER NOVEDAD AL REFERENTE Y UTILIZANDO LOS REGISTROS ESTABLECIDOS PARA ASEGURAR UNA TRANSICION SEGURA DE LAS ORDENES DE SERVICIO, DEJANDO LAS NOVEDADES REGISTRADAS EN EL LIBRO.
2	REGISTRÉ DE MANERA OPORTUNA, DETALLADA Y CRONOLOGICA EN LA PLATAFORMA DEL SOFTWARE SIRC TODAS LAS SOLICITUDES Y NOVEDADES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
3	FACILITÉ Y DIRECCIONÉ EL TRASLADO DE PACIENTES ENTRE LAS DISTINTAS UNIDADES HOSPITALARIAS, ASI COMO ENTRE INSTITUCIONES DISTRITALES Y NACIONALES QUE INTEGRAN LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCION, COORDINAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DISPONIBLES, EVALUAR LAS CONDICIONES CLINICAS Y ADMINISTRATIVAS PARTICULARES DE CADA PACIENTE.
4	GESTIONÉ DE MANERA COORDINADA Y EFICIENTE LAS SOLICITUDES, SEGUIMIENTO Y DOCUMENTACION DE TRASLADOS Y REFERENCIAS DE PACIENTES, GARANTIZANDO SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y COMUNICACION EFECTIVA ENTRE LAS DIFERENTES UNIDADES E INSTITUCIONES DE SALUD.
5	GARANTICÉ LA ATENCION EFICIENTE Y SEGURA DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES, PRIORIZANDO LOS CASOS URGENTES SEGUN SU CONDICION CLINICA, MEDIANTE LA ADECUADA COORDINACION Y COMUNICACION CON LAS UNIDADES DE ORIGEN Y DESTINO, EL REGISTRO DETALLADO DE LA INFORMACION RELEVANTE Y EL USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS Y CANALES INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS.
6	COMUNIQUE OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACION QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.
7	ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD
8	VELÉ POR EL USO ADECUADO Y RESPONSABLE DEL TELEFONO INSTITUCIONAL ASIGNADO, ASEGURANDOSE DE QUE SEA EMPLEADO EXCLUSIVAMENTE PARA LOS TRAMITES Y COMUNICACIONES OFICIALES RELACIONADAS CON LA GESTION EN LA SISSCO.
9	REVICÉ EL CORREO INSTITUCIONAL DE MANERA REGULAR, ASEGURANDOSE DE IDENTIFICAR Y GESTIONAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACION RELACIONADA CON AUTORIZACIONES Y OTROS TRAMITES PROVENIENTES DE LOS DISTINTOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SGSSS.
10	COMENTÉ LOS PACIENTES EN TRAMITE DE REMISION PROVENIENTES DE LAS DIVERSAS IPS, EAPB Y ENTES DE CONTROL A NIVEL NACIONAL CON EL LIDER DE GOBIERNO CLINICO O LA PERSONA DESIGNADA SEGUN LA ESPECIALIDAD REQUERIDA, SE DEBE COORDINAR LA RECOLECCION Y ENVIO OPORTUNO DE LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA CADA CASO, ASEGURANDO LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y ADMINISTRATIVA.
11	LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN 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 cláusula "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° 6028250878	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/15	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/15	\$ 281.701
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/15	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 543.301
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	 CAROLINA ROJAS SUAREZ PS_2794_2026_1DB5DC CAROLINA ROJAS SUAREZ CC: 52163433		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS PS_2794_2026_1DB5DC DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS SUPERVISOR DEL CONTRATO		