

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA FERNANDA OROZCO BONILLA			CC:	1001272449
CORREO ELECTRÓNICO:	MAFEMAFE789@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3016207621
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 19A BIS 57 06 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24108060731
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2558 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.865.400	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/08/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div>MARIA FERNANDA OROZCO BONILLA PS_2558_2026_4DBF5D</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA FERNANDA OROZCO BONILLA CC: 1001272449 CEL: 3016207621</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA FERNANDA OROZCO BONILLA

CON C.C N°1.001.272.449

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 2558 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$17.744.400No. HORAS EJECUTADAS204

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$39.781.800VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.865.400

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSIETE (7) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº 6023961628 - 6033784376	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/14	\$ 243.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/14	\$ 311.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/14	\$ 47.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 602.600

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	<div><div>MARIA FERNANDA OROZCO BONILLA</div><div>PS_2558_2026_4DBF5D</div></div> <div>MARIA FERNANDA OROZCO BONILLA</div> <div>CC: 1001272449</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>SANDRA PATRICIA LEON CACERES</div><div>PS_2558_2026_4DBF5D</div></div> <div>SANDRA PATRICIA LEON CACERES</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>

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



NATALY DUQUE SALAZAR

PS_2558_2026_4DBF5D

NATALY DUQUE SALAZAR
SUPERVISOR DEL CONTRATO