

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDITH QUIROZ TAMAYO			CC:	52777172
CORREO ELECTRÓNICO:	YUAPAO1981@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3195590419
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 19 34C 25 MZ 16 CS 28			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	473800098922
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1162 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.945.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div><div>YUDITH QUIROZ TAMAYO PS_1162_2025_01355E</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YUDITH QUIROZ TAMAYO CC: 52777172 CEL: 3195590419</div></div>					

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

YUDITH QUIROZ TAMAYO

CON C.C N°

52.777.172

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 1162 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

14.677.632

No. HORAS EJECUTADAS

200

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

42.612.480

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

3.945.600

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

ONCE (11) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

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	Realizar la prestación del servicio sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión de enfermería, acogándose a las guías y protocolos definidos por la subred.
2	Realizar la Consulta, asesoria de Planificacion Flamiliar y/o Consejeria de Pretes y Postes, garantizando el uso adecuado de los insumos (Pruebas rápidas- VIH, hepatitis B, sífilis, pruebas de embarazo requeridas en el servicio y los procedimientos de toma de Citologías, VPH y demanda inducida en población de menores de 25 años según criterio médico y mayores de 25 años a 65 años.
3	Realizar el Control Prenatal y Preconcepcional, la Consejeria en Lactancia a maternas y madres en periodo de lactancia
4	Realizar la Talleres con pacientes Cronicos (Control de signos vitales, peso y talla,educacion, actividades fisica y ludica,demanda inducida de programa pyp)
5	Elaborar historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
6	Realizar la Consulta de Valoracion en atencion Integral en Salud y Nutricion menores de 17 años (Valoracion fisica, clasificación nutricional, evaluación del desarrollo psicomotor, seguimiento de vacunacion,suplementacion nutricional, desparasitacion,) y demanda inducida basada en la atención de la resolución 3280 según la nesecidad.
7	Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuada y oportunamente en el marco de cada consulta en el aplicativo DINAMICA
8	Brindar Educacion en salud integral en derechos sexuales y reproductivos, Estrategia IAMII, Guías alimentarias,habitos del sueño, actividades fisicas
9	Garantizar el reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la norma vigente.
10	Realizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la subred.
11	Cumplir con las inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.
12	Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades marcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
13	Realizar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionados con las cohortes de seguimiento. (diligenciamiento de Base de seguimiento de POCT, ruta de citologías, diligenciamiento de kardex y toma de temperatura y humedad diaria.
14	Participar en los espacios de inducción, reinducción, fortalecimiento de habilidades y capacidades en las distintas temáticas en relación a la atención de pacientes.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 90956177	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	\$ 197.300	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/12	\$ 252.600	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	\$ 38.500	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 488.400	

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>YUDITH QUIROZ TAMAYO</div><div>PS_1162_2025_01355E</div></div> <div>YUDITH QUIROZ TAMAYO</div> <div>CC: 52777172</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</div><div>PS_1162_2025_01355E</div></div> <div>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>