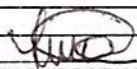
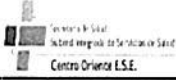
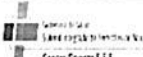
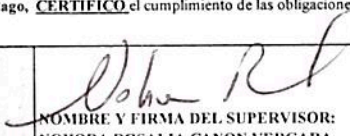
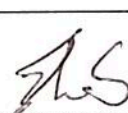


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YUDITH QUIROZ TAMAYO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				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		02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 14.677.632		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.677.632		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		\$ 3.669.408	
Nº DE INFORME:		No,02		Nº CRP:		5893	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS				Nº CDP:		1	
						CUATRO (4) MESES	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		0	
VALOR ADICIONADO				ADICIONES		0	
				CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO	
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD-MM-AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD-MM-AAAA	
IV. 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)							
ITEM							
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, acogiéndose a las guías y protocolos definidos por la subred.					
2		Realizar la Consulta de Valoración en atención Integral en Salud y Nutrición menores de 17 años (Valoración física, clasificación nutricional, evaluación del desarrollo psicomotor, seguimiento de vacunación, suplementación nutricional, desparasitación,) y demanda inducida basada en la atención de la resolución 3280 según la necesidad.					
3		Realizar la Consulta, asesoría de Planificación Familiar y/o Consejería de Pretes y Postes, garantizando el uso adecuado de los insumos (Pruebas rápidas- VIH, hepatitis B, sífilis, pruebas de embarazo requeridos 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 05 años.					
4		Realizar el Control Prenatal y Preconcepcional, la Consejería en Lactancia a maternas y madres en periodo de lactancia					
5		Realizar la Talleres con pacientes Crónicos (Control de signos vitales, peso y talla, educación, actividades física y ludica, demanda inducida de programa pyp)					
6		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					
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 Educación en salud integral en derechos sexuales y reproductivos, Estrategia IAMI, Guías alimentarias, hábitos del sueño, actividades física					
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 actividades 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 enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.					
13		Realizar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento: (diligenciamiento de Base de seguimiento de POC 1, 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.					
		HORAS LABORADAS MES: 186 HORAS					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:		83699508		OPERADOR:		MI PLANILLA COMPENSAR	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		COMPENSAR		10/02/2025		\$ 183.500	
PENSIÓN:		COLFONDOS		10/02/2025		\$ 234.900	
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		10/02/2025		\$ 35.800	
OTRO		CAFAM		10/02/2025		\$ 29.400	
		TOTAL PAGADO				\$ 483.600	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA							
1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.							
2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calcula 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 afiliación a eps, arl, pensión, rut)							
3.- Que adjunto evidencia del cargo 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							
							
YUDITH QUIROZ TAMAYO							
CC: 52777172							

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:		YUDITH QUIROZ TAMAYO		CC:	52777172
CORREO ELECTRÓNICO:		yuapao1981@gmail.com		RUT (NIT):	52777172-2
DIRECCIÓN DOMICILIO:		Transversal 19 #34 C- 25 M216 Casa 28		TELÉFONO:	3195590319
				CIUDAD:	Bogotá D C
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				☒ (X)	
SI tomaré costos y deducciones				☐ ()	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				☐ SI ()	☒ NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)				Nº CUENTA:	0550473800098922
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1162 2025	Nº CDP:	1	Nº. CRP:	5893
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUAATRO (4) MESES					
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$14677632
PERIODO OBJETO DE COBRO:		01/02/2025 AL 28/02/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$ 3.669.408			
		TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS M/CTE			
<div style="text-align: center;">  YUDITH QUIROZ TAMAYO CC 52777172 Cel: 3195590319 </div>					

Esta evaluación es una herramienta de gestión institucional. No otorga derechos de carrera o de permanencia en el servicio, ni habilita el acceso a encargos, estímulos o incentivos, ni exime del cumplimiento de las demás funciones propias del empleo

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			YUDITH QUIROZ TAMAYO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.777.172		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
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	
				02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 14.677.632			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.677.632		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.669.408	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		No, 02		Nº CRP INICIAL:	
				5893	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		83699508		OPERADOR:	
				MI PLANILLA COMPENSAR	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (0)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
				N/A	
IV. 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	
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, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/02/2025) AL (28/02/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: NOHORA ROSALIA CANON VERGARA CARGO: LIDER BELLO HORIZONTE - LIBERTADORES			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE DIRECCION DE AMBULATORIOS			

DATOS DEL APORTANTE						
NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
52777172	YUDITH QUIROZ TAMAYO	transversal 19 No 34c - 25 Manzana 16 Casa 28	0000000	yudapo1981@gmail.com		
CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
1 - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
					\$483.600	

VALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
S	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
	Compensar EPS	860066942-7	183.500	0		0		0	0	0	0	183.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Nombre		NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Aliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Colindos		800227940-6	234.900	0	0	0	0	0	0		234.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
-	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	35.800				35.800	0	0	35.800			358	35.800	1

TOTALES CAJAS									
Nombre		NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
Calam		860013570-3	29.400	0	0	29.400	1		

TOTALES PARAFISCALES				
Parte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora		No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud		1	183.500	183.500
Pensión		1	234.900	234.900
Riesgos Laborales		1	35.800	35.800
CCF		1	29.400	29.400
ESAP		0	0	0
ICBF		0	0	0
MEN		0	0	0
SENA		0	0	0
TOTALES		4	483.600	483.600

