

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
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	N° CDP:	1797	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/08/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.945.600					



YUDITH QUIROZ TAMAYO
PS_1162_2025_45E7B0-2025-07-14 20:50:23

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YUDITH QUIROZ TAMAYO
CC: 52777172
CEL: 3195590419

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:

\$

30.460.032

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

3.945.600

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

OCHO (8) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA

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 el Control Prenatal y Preconcepcional, la Consejería en Lactancia a maternas y madres en periodo de lactancia
2	Realizar la Talleres con pacientes Crónicos (Control de signos vitales, peso y talla, educación, actividades física y lúdica, demanda inducida de programa pyp)
3	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, acogéndose a las guías y protocolos definidos por la subred.
4	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.
5	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 65 años.
6	Brindar Educación en salud integral en derechos sexuales y reproductivos, Estrategia IAMII, Guías alimentarias, hábitos del sueño, actividades físicas
7	Garantizar el reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la norma vigente.
8	Realizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la subred.
9	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
10	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
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 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 87654520	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/09	\$ 197.300	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/07/09	\$ 252.600	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/09	\$ 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_45E7B0-2025-07-14 20:50:23</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>NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA</div><div>PS_1162_2025_45E7B0-2025-07-15 19:28:02</div></div> <div>NOHORA ROSALIA CAÑON VERGARA</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52777172	YUDITH QUIROZ TAMAYO		transversal 19 No 34c - 25 Manzana 16 Casa 28	0000000	yuapao1981@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	87654520	\$520.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	197.300	0		0		0	0	0	0	197.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	252.600	0	0	0	0	0	0		252.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	38.500				38.500	0	0	38.500			385	38.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF21	Cafam				860013570-3	31.600	0
						0	
						0	
						31.600	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	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	197.300	197.300
Pensión	1	252.600	252.600
Riesgos Laborales	1	38.500	38.500
CCF	1	31.600	31.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	520.000	520.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52777172	YUDITH QUIROZ TAMAYO		transversal 19 No 34c - 25 Manzana 16 Casa 28	0000000	yuapao1981@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	87654520	10
					TOTAL A PAGAR
					\$520.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	APP	VCT	VP	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	52777172	QUIROZ TAMAYO YUDITH	59	0	N																			231001	1.578.240	252.600	0	0	0	0	0	EPS008	1.578.240	197.300	14-7	1.578.240	3	38.500	CCF21	1.578.240	31.600	0	0	0	0	0

PAGADA