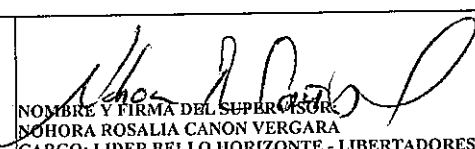


CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y								
YUDITH QUIROZ TAMAYO								
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				52,777,172				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS 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 PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3,669,408		
N° DE INFORME:		No,03		N° CRP:		5893		N° CDP: 1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				NOHORA ROSALÍA CAÑÓN VERGARA				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES								
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO		
III. POLIZAS								
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO		X
N° 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 PERÍODO, 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, 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 65 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 IAMIL, 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 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.						
		HORAS LABORADAS MES: 186 HORAS						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL								
No. DE PLANILLA:		84464639		OPERADOR:		MI PLANILLA COMPENSAR		
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO		
SALUD:		COMPENSAR		10/03/2025		\$ 183,500		
PENSIÓN:		COLFONDOS		10/03/2025		\$ 234,900		
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		10/03/2025		\$ 35,800		
OTRO		CAFAM		10/03/2025		\$ 29,400		
TOTAL PAGADO						\$ 483,600		
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA								
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculó 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 scop 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)								



YUDITH QUIROZ TAMAYO
CC: 52772172
CEL: 3195590319

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		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: (31/03/2025) ✓						
NOMBRES Y APELLIDOS:		YUDITH QUIROZ TAMAYO		CC:	52777172	
CORREO ELECTRÓNICO:		yuapao1981@gmail.com		RUT (NIT):	52777172-2	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		Transversal 19 #34 C- 25 MZ16 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	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO: (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE):						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 : CUATRO (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:	01/03/2025 AL 31/03/2025 ✓					
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						
 YUDITH QUIROZ TAMAYO CC 52777172 Cel: 3195590319						

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. 03	Nº CRP INICIAL:	5893	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84464639	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):		ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	N/A	NO	XX	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
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.					
	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, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/03/2025) AL (31/03/2025)					
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			

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	S2777172	YUDITH QUIROZ TAMAYO	Transversal 19 No 34c-25 Manzana 18 Casa 28	0000000	yuspa01981@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Inesistente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLADOS	1	UPC	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR				
2025-02	2025-02	1	10/03/2025	8446639			\$483.800		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	183.500	0			0	0	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								183.500	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colindos	80027940-8	234.900	0	0	0	0	0	0	0	234.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-7	Seguros Bolívar S.A.	86002503-2	35.800			35.800	0	0	35.800		35.800	358	35.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Calam	860013570-3	29.400	0	0	29.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

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

TIPO		NÚMERO	DATOS DEL APORTANTE					CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	CORREO				
	NOMBRE SUCURSAL						CÓDIGO	DEPARTAMENTO		
CC	52777172	YUDITH QUIROZ TAMAYO	Interuniversal 19 No 34c - 25 Manzana 16 Casa 28	00000000		yudapao1981@gmail.com				
ÚNICA	I - Independiente						SOACHA		NO	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84464639	\$483.600

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]