

| DATOS DEL CONTRATISTA                                 |                              |                                                  |         |            |              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|------------|--------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)               |                              |                                                  |         |            |              |
| 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:                   |         |            | 2025/10/31   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                              | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |                                                  |         |            |              |



YUDITH QUIROZ TAMAYO  
PS\_1162\_2025\_7B8173

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



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN  
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL  
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO:  
AP-IA-FT-077  
VERSIÓN: 2  
FECHA: 2025-06-09

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:          | \$ 38.351.232   | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.945.600 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | DIEZ (10) 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<br>(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, acogéndose a las guías y protocolos definidos por la subred.                                                                                                                                 |
| 2    | 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 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 Consejería en Lactancia a maternas y madres en periodo de lactancia                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4    | Realizar la Talleres con pacientes Crónicos (Control de signos vitales, peso y talla, educación, actividades física y lúdica, 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 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.                                               |
| 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 IAMII, Guías alimentarias, hábitos del sueño, actividades físicas                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |                 |               |              |
|-----------------------------------------------|-----------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 90114717     | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | COMPENSAR       | 2025/10/10    | \$ 197.300   |
| PENSIÓN:                                      | COLFONDOS       | 2025/10/10    | \$ 252.600   |
| RIESGOS LABORALES:                            | SEGUROS BOLIVAR | 2025/10/10    | \$ 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 ningún 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><i>YUDITH QUIROZ TAMAYO</i><br/><i>PS_1162_2025_7B8173</i></div> <div><b>YUDITH QUIROZ TAMAYO</b><br/><b>CC: 52777172</b></div>                          |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><i>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</i><br/><i>PS_1162_2025_7B8173</i></div> <div><b>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</b><br/><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></div> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                      |        |                                                 |                                     |                       |
|---------------------|-------------------|----------------------|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE     |        | DIRECCIÓN                                       | TELÉFONO                            | CORREO                |
| CC                  | 52777172          | YUDITH QUIROZ TAMAYO |        | Transversal 19 No 34c-<br>25 Manzana 16 Casa 28 | 0000000                             | yuaapao1987@gmail.com |
| FORMA PRESENTACION  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL      | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                                    | CIUDAD / MUNICIPIO                  |                       |
| UNICA               | I – Independiente |                      |        | CUNDINAMARCA                                    | SOACHA                              |                       |
|                     |                   |                      |        |                                                 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                       |
|                     |                   |                      |        |                                                 | NO                                  |                       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |  |           |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|--|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA |  | CANTIDAD  |
|                      |                                  |               |                         |                 |  |           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 |  |           |
| 2025-09              | 2025-09                          | I             | 10/10/2025              | 90114717        |  | \$520.000 |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 197.300                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |           |             |                        |                            |                             |                          |                          |           |               |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|---------------|
| Código AFP      | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsidencia | Días Mora | No. Afiliados |
|                 |           |             |                        |                            |                             |                          |                          |           |               |
| 231001          | Colfondos | 800227940-6 | 252.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 1             |

| TOTALES RESGOS LABORALES |                      |             |                        |                  |       |                  |  |            |      |
|--------------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------|--|------------|------|
| Código ARL               | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros    |  | Valor Neto |      |
|                          |                      |             |                        | No. Autorización | Valor | Aportes Sistemas |  | Cotización | Mora |
| 14-7                     | Seguros Bolívar S.A. | 860002503-2 | 38.500                 |                  |       |                  |  | 38.500     | 0    |

| TOTALES CAJAS |        |             |              |               |
|---------------|--------|-------------|--------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT         | Valor Aporte | No. Afiliados |
| CCF21         | Cesfam | 860013570-3 | 31.600       |               |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
|                      |           |                   |               |
|                      |           |                   |               |
|                      |           |                   |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de ICE, 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              | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 527777172         | YUDITH QUIROZ TAMAYO | transversal 19 No 34c - 25 Manzana 16 Casa 28 | 0000000      | yupao1961@gmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL      | CODIGO                                        | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO  |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                      |                                               | CUNDINAMARCA | SOACHA              | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                |               |                       |                 |               |     |
|----------------------|--------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                |               |                       |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                |               |                       |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES              |               |                       |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-09              | 2025-09                        | I             | 10/10/2025            | 90114717        | \$520.000     |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |          |                       |                     |   |   |                       |            |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |          |           |         |            |                       |                      |                                |                                 |           |         |                        |           |         |            |            |              |            |                        |            |             |             |        |
|-----------------------|------|----------|-----------------------|---------------------|---|---|-----------------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|----------|-----------|---------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|---------|------------|------------|--------------|------------|------------------------|------------|-------------|-------------|--------|
|                       |      |          | INFORMACIÓN COTIZANTE |                     |   |   | INFORMACIÓN NOVEDADES |            |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |          |           | SALUD   |            |                       |                      |                                | RIESGOS LABORALES               |           |         |                        | CCF       |         |            |            | PARAFISCALES |            |                        |            |             |             |        |
| Nº.                   | Tipo |          | No. de identificación | Apellidos y Nombres |   |   | Colombiano            | Extranjero | INS | RET | TDE | TAC | IAS | VSP | VST | SLN | LRA     | VCT | IRL | COMERCIO | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL | Cotización | Código CCF | IBC CCF      | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte MEN | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte |
| 1                     | CC   | 52777172 | QUIROZ RAMAYO YUMITH  | 59                  | 0 | N |                       |            |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     | 231001   | 1,578,240 | 252,600 | 0          | 0                     | 0                    | 0                              | EPS008                          | 1,578,240 | 197,300 | 147                    | 1,578,240 | 3       | 38,500     | CCF21      | 1,578,240    | 31,600     | 0                      | 0          | 0           | 0           | 0      |