

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                  |         |              |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|-------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                  |         |              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                   | NINA PAOLA OSORIO CRUZ       |                                                  |         | CC:          | 1010185561  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                    | OSORIO8910@HOTMAIL.COM       |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3124337932  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                   | KR 38A 16 53 SUR             |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                               | BANCOLOMBIA                  | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 66286555994 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                  |         |              |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                       | PS 5939 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 8.299.800 |             |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                               | 2025/07/15                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2025/10/31   |             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                               | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |                                                  |         |              |             |
| <div><div>NINA PAOLA OSORIO CRUZ<br/>PS_5939_2025_0F92DE</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>NINA PAOLA OSORIO CRUZ</div> <div>CC: 1010185561</div> <div>CEL: 3124337932</div> |                              |                                                  |         |              |             |

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

NINA PAOLA OSORIO CRUZ

CON C.C N°

1.010.185.561

|                      |                                                                                                                                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO REFERENTE IAS EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5939 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/07/15 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |               |                      |   |
|----------------------------|---------------|----------------------|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 12.039.833 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|----------------------------|---------------|----------------------|---|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 28.639.433 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 8.299.800 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                  |
|-----------------------------------------|------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CUATRO (4) MESES |
|-----------------------------------------|------------------|

|                                               |                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA          |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS |

| 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    | 1. Seguimiento a visita de habilitación de de Diana Turbay por parte de SDS                                                                                                                                                                                                                      |
| 2    | 2. Consolidación y presentación de las adherencias a las medidas de higiene de manos, limpieza y desinfección asistencial y de servicios generales, aislamiento.                                                                                                                                 |
| 3    | 3. Revisión de 21 eventos relacionados con el programa de prevención de infecciones, capacitación a los profesionales del programa de infecciones en análisis por protocolo de Londres en sistema de información ALMERA.                                                                         |
| 4    | 4 5. Seguimiento de primer orden de los planes de mejora con ID 6239, 6244, 6249                                                                                                                                                                                                                 |
| 5    | 6. Se realiza citación a comité de infecciones el 22/10/2025, así como envío de acta del comité de septiembre de 2025                                                                                                                                                                            |
| 6    | 7. Revisión del diligenciamiento de los paquetes de medidas de prevención de infecciones asociadas a dispositivos en uci y consolidación de la información de la Subred.<br>Elaboración de plan de mejora                                                                                        |
| 7    | 8. Revisión de casos de C. Difficile con referente de H. Santa Clara                                                                                                                                                                                                                             |
| 8    | 9. Alimentación de base de indicadores de Capital Salud                                                                                                                                                                                                                                          |
| 9    | 10. Seguimiento a la notificación de WHONET, Sivigila y tablas IAAS del mes de Octubre                                                                                                                                                                                                           |
| 10   | 11. Consolidación y notificación de indicadores 256, capital salud, aseguradoras, , consumo de antibióticos, concejal arias, en los tiempos establecidos.<br>Entrega de información solicitada por Supersalud relacionada con índice global de infecciones con análisis hasta septiembre de 2025 |
| 11   | 13. Revisión de indicadores de higiene de manos de agosto de 2025, Elaboración y seguimiento de autoevaluación de estrategia multimodal de higiene de manos                                                                                                                                      |
| 12   | 14. Actualización y ajuste de protocolo de limpieza y desinfección, listas de chequeo y rótulos institucionales<br>Realización de ronda en salas de cirugía para definir espacio de reprocesamiento en H. La Victoria                                                                            |
| 13   | 15. Asistencia a precomité de infecciones del hospital santa clara<br>Presentación del comité de infecciones el 28/10/2025<br>Mesa de trabajo con biomédica para definir proceso de limpieza y desinfección de equipos biomédicos                                                                |
| 14   | 17. Se realiza revisión con proveedor de limpieza y desinfección de insumos faltantes y acciones de mejora                                                                                                                                                                                       |
| 15   | 18. Reunión de articulación con programa de seguridad del paciente para definir reporte y acciones de mejora de los incidentes, indicios y eventos adversos.                                                                                                                                     |
| 16   | 19. Asistencia a seguimiento de plan de mejora por inoportunidad en la notificación de IAD                                                                                                                                                                                                       |
| 17   | 21. Reorganización del talento humano que conforma el equipo operativo de infecciones para la participación de los procesos de inducción en sds y asignación de espacios para capacitación en brotes de infecciones asociadas a la atención en salud                                             |
| 18   | 24. Se realiza revisión de las listas de chequeo tabuladas y organizadas de acuerdo a la tabla de control documental de la institución                                                                                                                                                           |
| 19   | 25. Asistencia a reunión de equipo oficina de calidad                                                                                                                                                                                                                                            |

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° 9493592975 | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:                                        | ALIANSA SALUD | 2025/10/31    | \$ 414.990       |
| PENSIÓN:                                      | PORVENIR      | 2025/10/31    | \$ 531.188       |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA          | 2025/10/31    | \$ 80.874        |
| OTRO                                          |               |               |                  |
| TOTAL PAGADO                                  |               |               | \$ 1.027.052     |

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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>NINA PAOLA OSORIO CRUZ<br/>PS_5939_2025_OF92DE</div></div> <div>NINA PAOLA OSORIO CRUZ<br/>CC: 1010185561</div>                        |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS<br/>PS_5939_2025_OF92DE</div></div> <div>DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |