

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 NINA PAOLA OSORIO CRUZ PS_5939_2025_B4B77D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NINA PAOLA OSORIO CRUZ CC: 1010185561 CEL: 3124337932					

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:	\$ 36.939.233	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.299.800
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER
------------------------	------------------------------

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	1. Asistencia a mesa de ambiente físico el 24/11/2025
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 29 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, 6496
5	6. Se realiza citación a comité de infecciones el 20/11/2025, así como envío de acta del comité de octubre 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 Reunión con enfermería para definir criterios de ajuste de los documentos institucionales relacionados con IAD.
7	8. Se realiza revisión de caso de varicela en USS Samper Mendoza y definición de acciones de contención ante alerta de brote
8	9. Elaboración y envío de plan de mejora por auditoría 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. Envío de autoevaluación de programa de control de infecciones el 11/11/2025
11	13. Revisión de indicadores de higiene de manos de octubre 2025
12	14. Actualización y ajuste de protocolo de limpieza y desinfección y manual de bioseguridad
13	15. Presentación del comité de infecciones el 25/11/2025 Asistencia mesa de análisis Mortalidad Materna el 10/11/2025 Mesa de trabajo con apoyo diagnóstico, enfermería y la dirección administrativa para definir procesos de limpieza y desinfección de las salas de paz de la subred Centro Oriente Asistencia a ronda en salas de cirugía para definir uso de sustancias químicas en conjunto con seguridad y salud en el trabajo
14	17. Se realiza evaluación técnica de cystoflo y toallas para limpieza y desinfección Seguimiento a uso de jabón enzimático y solicitud al proveedor de aclaraciones de uso con relación a la ficha técnica
15	18. Participación en semana mundial de la concientización del uso racional de antimicrobianos
16	19. Participación en asistencia técnica del programa de prevención de infecciones por parte de VSP el 27/11/2025
17	21. Reorganización del talento humano que conforma el equipo operativo de infecciones para la participación de los procesos de inducción en sds
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 oficina de calidad, entrega de informe de gestión para entrega de la oficina a nueva administración.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 1922713560	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	ALIANSA LUD	2025/11/12	\$ 414.990	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 531.187	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	\$ 80.873	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 1.027.050	

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	 NINA PAOLA OSORIO CRUZ PS_5939_2025_B4B77D NINA PAOLA OSORIO CRUZ CC: 1010185561
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER PS_5939_2025_B4B77D MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER SUPERVISOR DEL CONTRATO