

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
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:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 NINA PAOLA OSORIO CRUZ PS_5939_2025_0E08C3 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:	\$ 61.838.633	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.299.800
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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 reunión acreditación el 29/01/2026
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 26 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 27/01/2025, así como envío de acta del comité de diciembre 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 Actualización de instructivo de prevención de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter
7	8. No se presentan casos de alerta o brote en el periodo certificado
8	9. Soporte de visita de famisanar el 28/01/2026 Envío de indicadores 256 a capital salur
9	Seguimiento a la notificación de WHONET, Sivigila y tablas IAAS del mes de Diciembre
10	. Consolidación y notificación de indicadores 256, capital salud, aseguradoras, , consumo de antibióticos, concejal arias, en los tiempos establecidos.
11	13. Elaboración de plan de acción de estrategia multimodal de higiene de manos
12	Actualización y ajuste de programa iaas, manual de bioseguridad e instructivo de prevención de infecciones asociadas a dispositivos e infección de sitio operatorio
13	Participación en mesa de trabajo con infectología y proa para fortalecer articulación entre los programas y toma de decisiones
14	14. Asistencia y soporte a visita de asistencia técnica de las unidades de Victoria y Jorge Eliecer Gaitán el 21/01/2026 y 28/01/2026 respectivamente
15	20. Presentación de cierre de plan de acción del comité y del programa iaas y elaboración de plan de acción del comité y del programa de 2026.
16	21. Reorganización del talento humano que conforma el equipo operativo de infecciones. Redefinición de las actividades y solicitud de requerimientos del personal de infecciones
17	24. Se realiza revisión de las listas de chequeo tabuladas y organizadas de acuerdo a la tabla de control documental de la institución.

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9497142575	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	2025/12/29	\$ 415.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/29	\$ 531.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/29	\$ 80.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.027.100
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		 NINA PAOLA OSORIO CRUZ PS_5939_2025_0E08C3 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_0E08C3 MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER SUPERVISOR DEL CONTRATO	