

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA			CC:	1000785736
CORREO ELECTRÓNICO:	SOLAQUENATHALY@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3142662142
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 44A 78 72 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008870571760
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1098 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.272.820	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA PS_1098_2025_DBFA09 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA CC: 1000785736 CEL: 3142662142					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA			
CON C.C N°		1.000.785.736	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1098 2025	FECHA INICIO CONTRATO
		2025/01/01	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.091.280	No. HORAS EJECUTADAS	220
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 31.509.550	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.272.820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		
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	SE REALIZA LA TOMA DE LABORATORIOS, LA APLICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS, ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y FORMULACIÓN A LOS PPL DE LAS ESTACIONES ASIGNADAS		
2	SE ACOMPAÑA AL MEDICO GENERAL, EN LA CONSULTA DE PYD GENERADAS EN LAS BRIGADAS DE SALUD EN CADA ESTACIONES DE POLICÍA		
3	SE REALIZAN LAS TOMAS TOMAS DE PRUEBAS RÁPIDAS, DE EDUCA AL PACIENTE, EN COMPAÑÍA DE PSICOLOGÍA		
4	SE REALIZA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS O FORMULAS MEDICAS A LOS PPL YA SEA A SU TRASLADO A CENTRO DE RECLUCION O A SU LIBERTAD		
5	NO APLICA		
6	SE REALIZAN LA NOTIFICACIONES EN EL PLAZO ESTABLECIDO		
7	SE REALIZA LA ENTREGA DE INSULINA A LOS PPL Y CUSTODIOS DE CADA ESTACIONES DE POLICÍA MENSUALMENTE PARA DICHA ADMINISTRACIÓN		
8	ANTE LAS URGENCIAS PRESENTADAS EN LAS ESTACIONES DE POLICÍA SE HACE EL LLAMADO A LA LINEA DE EMERGENCIA 123 SOLICITANDO AMBULANCIA PARA EL TRASLADO DEL PPL		
9	SE REALIZA LA ENTREGA MENSUAL DEL MEDICAMENTO Y LA FORMULA AL CUSTODIO DE CADA ESTACIÓN PARA LA ENTREGA POR ORARIO DE CADA MEDICAMENTO VERIFICANDO SU CUMPLIMIENTO SEMANAL		
10	SE LLEVA A CABO LA BASE DE DATOS MENSUAL REALIZANDO SUS REGISTROS Y ACTUALIZACIÓN SEMANAL		
11	AL INGRESO DE LA ESTACION SE REALIZA LA CARACTERIZACIÓN, VER EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA EL PPL Y SE REGISTRA EN LA BASE DE DATOS		
12	SE REALIZAN LAS BRIGADAS DE SALUD MENSUAL, PARA BRINDAR ATENCIÓN EN MEDICINA GENERAL, PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL Y ENFERMERIA		
13	NO SE REALIZA		
14	NO SE REALIZA		
15	SE REALIZA EL AJENDAMIENTO DE LAS PERSONAS QUE SE VALORAN EL DÍA DE LA BRIGADA DE SALUD		
16	SE REALIZA LA ENTREGA DE FORMULAS A LOS PPL PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTO POR UN FAMILIAR		
17	SE EJECUTA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PRIVADOS DE LA LIBERTAD A SUS NECESIDADES		
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° 9497000469	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/05	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/05	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/01/05	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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		 YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA PS_1098_2025_DBFA09 YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA CC: 1000785736	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 GUILLERMO RUBIO GUIZA PS_1098_2025_DBFA09 GUILLERMO RUBIO GUIZA SUPERVISOR DEL CONTRATO	