

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YURI TATIANA UNIGARRO PACHON		CC:	1032408110	
CORREO ELECTRÓNICO:	TUNIGARR@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3219790957	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57C SUR 81D 01		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	074965927

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3164 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.144.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		



YURI TATIANA UNIGARRO PACHON
PS_3164_2026_2366AC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YURI TATIANA UNIGARRO PACHON

CC: 1032408110

CEL: 3219790957

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

YURI TATIANA UNIGARRO PACHON

CON C.C N° 1.032.408.110

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (REFERENCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3164 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/13
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.771.760	No. HORAS EJECUTADAS	240
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.771.760	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.144.000
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (03) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
-------------------------------	------------------------------

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.REALICE EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD, INFORMANDO CUALQUIER NOVEDAD AL REFERENTE Y UTILIZANDO LOS REGISTROS ESTABLECIDOS PARA ASEGURAR UNA TRANSICIÓN SEGURA DE LAS ÓRDENES DE SERVICIO, DEJANDO LAS NOVEDADES REGISTRADAS EN EL LIBRO |
| 2 | REGISTRE DE MANERA OPORTUNA, DETALLADA Y CRONOLÓGICA EN LA PLATAFORMA DEL SOFTWARE SIRC TODAS LAS SOLICITUDES Y NOVEDADES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE |
| 3 | 3.FACILITE Y DIRECCIONAR EL TRASLADO DE PACIENTES ENTRE LAS DISTINTAS UNIDADES HOSPITALARIAS, ASÍ COMO ENTRE INSTITUCIONES DISTRITALES Y NACIONALES QUE INTEGRAN LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN, COORDINAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DISPONIBLES, EVALUAR LAS CONDICIONES CLÍNICAS Y ADMINISTRATIVAS PARTICULARES DE CADA PACIENTE. |
| 4 | 4.GESTIONE DE MANERA COORDINADA Y EFICIENTE LAS SOLICITUDES, SEGUIMIENTO Y DOCUMENTACIÓN DE TRASLADOS Y REFERENCIAS DE PACIENTES, GARANTIZANDO SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE LAS DIFERENTES UNIDADES E INSTITUCIONES DE SALUD. |
| 5 | 5.GARANTICE LA ATENCIÓN EFICIENTE Y SEGURA DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES, PRIORIZANDO LOS CASOS URGENTES SEGÚN SU CONDICIÓN CLÍNICA, MEDIANTE LA ADECUADA COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN CON LAS UNIDADES DE ORIGEN Y DESTINO, EL REGISTRO DETALLADO DE LA INFORMACIÓN RELEVANTE Y EL USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS Y CANALES INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS. |
| 6 | 6.COMUNIQUE OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. |
| 7 | 7.ASISTI Y PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD. |
| 8 | 8.VELE POR EL USO ADECUADO Y RESPONSABLE DEL TELÉFONO INSTITUCIONAL ASIGNADO, ASEGURÁNDOSE DE QUE SEA EMPLEADO EXCLUSIVAMENTE PARA LOS TRÁMITES Y COMUNICACIONES OFICIALES RELACIONADAS CON LA GESTIÓN EN LA SISSCO. |
| 9 | 9.REVISE EL CORREO INSTITUCIONAL DE MANERA REGULAR, ASEGURÁNDOSE DE IDENTIFICAR Y GESTIONAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON AUTORIZACIONES Y OTROS TRÁMITES PROVENIENTES DE LOS DISTINTOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SGSSS. |
| 10 | 10.COMENTE LOS PACIENTES EN TRÁMITE DE REMISIÓN PROVENIENTES DE LAS DIVERSAS IPS, EAPB Y ENTES DE CONTROL A NIVEL NACIONAL CON EL LÍDER DE GOBIERNO CLÍNICO O LA PERSONA DESIGNADA SEGÚN LA ESPECIALIDAD REQUERIDA, SE DEBE COORDINAR LA RECOLECCIÓN Y ENVÍO OPORTUNO DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA CADA CASO, ASEGURANDO LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA. |
| 11 | 11.LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. |

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 6013162999	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/03/27	\$ 109.431
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/27	\$ 140.071
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/27	\$ 21.325
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 270.827

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, 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	 YURI TATIANA UNIGARRO PACHON PS_3164_2026_2366AC <hr/> YURI TATIANA UNIGARRO PACHON CC: 1032408110
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PS_3164_2026_2366AC <hr/> JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO