

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO		CC:	1143446199	
CORREO ELECTRÓNICO:	KEVINARDILA94@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3244993023	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 32C BIS A SUR 11G 36		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24144265385

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3178 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.352.900
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO
PS_3178_2026_6E946F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO

CC: 1143446199

CEL: 3244993023

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

KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO

CON C.C N°

1.143.446.199

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3178 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/16
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.470.440	No. HORAS EJECUTADAS	186
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.835.990	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.352.900
---	---------------	--	--------------

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

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
--	-----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ
-------------------------------	-----------------------

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	Realizar captación a usuarios del servicio de consulta externa y realizar seguimiento a su asistencia a las agendas programadas.
---	--

2	Realizar seguimiento a la población en la subred a fin de garantizar su atención integral.
---	--

3	Asignar las citas de promoción y prevención a la población de la subred y hacer llamado de recordatorio el día anterior.
---	--

4	Realizar seguimiento a la adherencia de los usuarios mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas del sistema de información.
---	--

5	Apoyar el manejo de base de datos y seguimiento nominal, cuando se requiera. 6. Realizar el registro de información generada del seguimiento resultante a la población de la Subred-Agendas.
---	--

6	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.
---	--

7	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.
---	---

8	Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución.
---	---

9	Realizar el registro de información generada del seguimiento resultante a la población de la Subred-Agendas.
---	--

10	Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.
----	--

11	Promover, participar en Jornadas de tamizaje de población en riesgo, en las diferentes unidades y servicios; realizando registros estadísticos de las asesorías para los informes mensuales.
----	--

12	Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico (pruebas rápidas).
----	--

13	Notificar casos nuevos (SIVIGILA).
----	------------------------------------

14	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.
----	--

15	Solicitar, Alistar, entregar, custodiar y retornar limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.
----	--

16	Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Realizando actualización de bases de datos y informes para entrega según fechas estipuladas por la sub red para seguimiento y monitoreo de cohortes., asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, y demás procedimientos, dentro de los parámetros de calidad, definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred.
----	--

17	Cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.
----	--

18	Realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.
----	---

19	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.
----	--

20	Organizar el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno.
----	--

21	Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las Unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor.
----	--

22	Las demás obligaciones que se requieran para dar cumplimiento al contrato y que se acuerden con el supervisor.
23	Toma de tensión a pacientes.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 85004982	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/05/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/13	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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	 <p><i>KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO</i> PS_3178_2026_6E946F</p> <hr/> <p>KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO CC: 1143446199</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ELIZABETH COY JIMENEZ</i> PS_3178_2026_6E946F</p> <hr/> <p>ELIZABETH COY JIMENEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>