

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | YUDITH QUIROZ TAMAYO | | CC: | 52777172 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | YUAPAO1981@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3195590419 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | TV 19 34C 25 MZ 16 CS 28 | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 473800098922 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 2077 2026 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 4.004.000 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/02/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/06/30 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 | | |



YUDITH QUIROZ TAMAYO
PS_2077_2026_BD841F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YUDITH QUIROZ TAMAYO

CC: 52777172

CEL: 3195590419

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

YUDITH QUIROZ TAMAYO

CON C.C N°

52.777.172

| | |
|-----------------------------|--|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|--|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2077 2026 | FECHA INICIO CONTRATO | 2026/02/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 14.894.880 | No. HORAS EJECUTADAS | 200 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 20.180.160 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 4.004.000 |
|---|---------------|--|--------------|

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

| | |
|--|--------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO |
|--|--------------------------------|

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA |
|-------------------------------|--------------------------------|

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 consultas de promoción y detección a la población asignada |
| 2 | Realizar pruebas rápidas vih, sífilis y hepatitis |
| 3 | Asistir a las capacitaciones indicadas |
| 4 | Realizar consulta de planificación |
| 5 | Realizar consulta de gestantes |
| 6 | Realizar toma de citologías |

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° 78156163 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/05/12 | \$ 218.900 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2026/05/12 | \$ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/05/12 | \$ 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 ibr 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



YUDITH QUIROZ TAMAYO

PS_2077_2026_BD841F

YUDITH QUIROZ TAMAYO

CC: 52777172

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_2077_2026_BD841F

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO