

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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 2760 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 8.299.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 NINA PAOLA OSORIO CRUZ PS_2760_2026_7A166D 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 COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES 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 2760 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 33.199.200	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 49.798.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.299.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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. "Programación y conducción de reunión de equipo 01/07/2026 y 30/07/2026 con asignación de actividades y reorganización del equipo Acta de reunión y listado de asistencia a reunión de seguimiento del contrato de servicios generales. "
2	2. "Asistencia a mesas de acreditación para definición de oportunidades de mejora de las mesas de hospitalización y ambulatorios el 31/07/2026 y mesa de gerencia del ambiente físico el 02/07/2026. Participación en la mesa de laboratorio clínico como facilitador de la oficina de calidad el 29/07/2026"
3	"Base disponible en ONE DRIVE de los indicadores de prevención de infecciones. Base enviada por correo electrónico de los indicadores de impacto del programa de infecciones. Indicadores de Junio reportados en ALMERA "
4	"Seguimiento a planes de mejora estándares de acreditación con código 7033, 7036, 7043, 7015 y 7014 derivados de acreditación. Elaboración de plan de mejora producto de visita de capital salud enviado al subproceso de mejoramiento "
5	"Acta y listado de asistencia del comité de IAAS de junio. Presentación y citación a comité IAAS del mes de julio."
6	Base 256 consolidado subred y por EAPB enviado a desarrollo institucional el 10/07/2026
7	Envío de informe de cierre de brote a entidad territorial el 06/07/20206
8	"Fichas de notificación de eventos colectivos 354, 362 y 359 de las USS Hospitalarias y cargue en aplicativo SIVIGILA. Notificación de 29 fichas de evento 357 y 352 en aplicativo SIVIGILA "
9	"Informe de análisis por aumento de casos de IAD en USS Santa Clara. 2 respuestas a requerimientos de supersalud y área jurídica"
10	"Cargue de observaciones ocultas del personal de las unidades al sistema de información ALMERA. Envío a SDS de notificación bimensual de higiene de manos de las 20 unidades de la subred. "
11	"Participación en la elaboración del plan de respuesta ante aumento de casos de sarampión. Actualización y normalización de formato de seguimiento de paquete de medidas "
12	2 reuniones de elaboración de plan de respuesta por aumento de casos de sarampión
13	"Revisión de bases de indicadores de prevención de infecciones y cargue de información a sistema de información ALMERA Reporte de indicadores de prevención de la resistencia bacteriana a SDS el 30/07/2026"
14	"Análisis de costos sobre el uso de cloro orgánico vs jabón neutro mas desinfectante. Reunión con proveedores de higiene de manos para definición de cronograma de instalación "
15	Asistencia a comité de PROA el 30/07/2026
16	Se realiza presentación de indicadores de prevención de infecciones (bioseguridad, limpieza y desinfección y aislamiento) en el comité de infecciones institucional
17	"Revisión de actividades y productos del equipo IAAS Inducción al personal nuevo de infecciones "
18	" Asistencia a reunión de equipo de calidad el 29/07/2026 Asistencia a capacitación de SOLVENTUM en implementación de resolución 914" Seguimiento a riesgos del programa de infecciones de la oficina de calidad

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9507054294	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA LUD	2026/07/09	\$ 414.990
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/09	\$ 531.187
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/09	\$ 80.873
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.027.050

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 afiliación 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	 NINA PAOLA OSORIO CRUZ PS_2760_2026_7A166D 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_2760_2026_7A166D MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER SUPERVISOR DEL CONTRATO