

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                  |         |            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |            |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |            |              |
| 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:                   |         |            | 2026/07/31   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                  | DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31 |                                                  |         |            |              |
| <div><div>KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO<br/>PS_3178_2026_4F8018</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO<br/>CC: 1143446199<br/>CEL: 3244993023</div> |                              |                                                  |         |            |              |

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 ENFERMER?A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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:          | \$ 13.188.890  | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.352.900 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | SEIS (6) 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<br>(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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |             |               |                  |
|--------------------|-------------|---------------|------------------|
| No. DE PLANILLA:   | N° 86309225 | OPERADOR:     | ENLACE OPERATIVO |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:             | NUEVA EPS   | 2026/07/13    | \$ 218.900       |
| PENSIÓN:           | PORVENIR    | 2026/07/13    | \$ 280.200       |
| RIESGOS LABORALES: | SURA        | 2026/07/13    | \$ 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, 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                                                                | <div><div>KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO</div><div>PS_3178_2026_4F8018</div></div> <div>KEVIN DAVID ARDILA PIZARRO</div> <div>CC: 1143446199</div> |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>ELIZABETH COY JIMENEZ</div><div>PS_3178_2026_4F8018</div></div> <div>ELIZABETH COY JIMENEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>  |