

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			51.768.528		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1193 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				01/21/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.243.840		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 43.355.104		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 4.721.472	
Nº DE INFORME:		10		Nº CRP:	
				13405	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DIEZ (10) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2LV HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		5		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		4.084.448		CRP DE LA ADICIÓN:	
				935	
VALOR ADICIONADO		4.983.776		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1260	
VALOR ADICIONADO		6.070.464		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1631	
VALOR ADICIONADO		4.796.416		CRP DE LA ADICIÓN:	
				2204	
VALOR ADICIONADO		15.176.160		CRP DE LA ADICIÓN:	
				2622	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				NA	
IV. 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	Porta el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas				
2	Apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente				
3	Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado				
4	Recepione las cuentas de cobro del pago mensual del personal asistencial (OPS) a los supervisores de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E. y radicarlas en cuentas por pagar en los días estipulados para tal fin				
5	Apoya a la entidad en las actividades que demande según requerimiento intra y extra institucionales				
6	Participa en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área				
7	Informa al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones				
8	Atiende a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, calidad y respetuosa				
9	Desarrolla las actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada instit				

10	Cumple la programación mensual de actividades
11	Notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participa en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementa las acciones de mejora definida para el servicio
12	Emite conceptos de conformidad con sus actividades profesionales
13	Soporta de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales
14	Custodia y responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas
15	Ingresa al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional
16	Verifica la programación quirúrgica del quirófano al que fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación
17	Solicita y registra correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada procedimiento
18	Solicita a la farmacia suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia nuevamente
19	Se realiza la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quirófano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato correspondiente, para poder trasladar en ellos todos los dispositivos, equipos y demás material estéril necesario para realizar cada procedimiento
20	Responde la lista de chequeo de cirugía segura, voceada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar cada procedimiento.
21	Se presenta al paciente e informa su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento.
22	Vela por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico así como la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en sala de cirugía
23	Verifica el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptable, rechazar los elementos según corresponda.
24	Revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento, en caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización, por medio del circulante de enfermería, conservando el rotulo demarcado proveniente de la central.
25	Cuenta en voz alta junto con el auxiliar el material medico/quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como gas, compresas, agujas de suturas, cotonoides y demás dispositivos antes de dar inicio al procedimiento quirúrgico, e informa en voz alta al auxiliar de enfermería circulante de la sala que lo registre en la hoja de verificación y de seguridad.
26	Durante el procedimiento informar el conteo de material médico/quirúrgico, que se haya recibido con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento.
27	Contar en conjunto con el auxiliar circulante de la sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad
28	Participa activamente en el procedimiento quirúrgico.
29	Se informa al cirujano tratante el resultado del recuento para poder cerrar la cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la información en la hoja de seguridad antes de firmar. Entregar las piezas anatomopatológicas al auxiliar de enfermería por su debido envío a estudi, informando en voz alta el nombre de la muestra, medio de preservación y el destino de la muestra, posteriormente verifique el correcto registro de la hoja de verificación.
30	Terminando el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y los dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado, abrir las pinzas con excepción de las pinzas de campo, colocar detergente enzimático y tapar el contenedor.
31	Traslado del contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de esterilización, esperar a que el auxiliar del servicio de esterilización realice el conteo respectivo y registrar en el libro correspondiente de central de esterilización todos los equipos y materiales entregados para reporcesar
32	Registra en la hoja de gastos de la farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico
33	Elaborar por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar
34	Reporta los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a la atención del paciente, aún cuando no se encuentre directamente involucrado en el procedimiento quirúrgico
35	Cumple con el protocolo institucional de comportamiento en quirófano

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9474618801	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	3/10/2024	\$ 325.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	3/10/2024	\$ 416.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	3/10/2024	\$ 63.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 804.400

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente	

Sonia Claudia Patiño

SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA

51.768.528

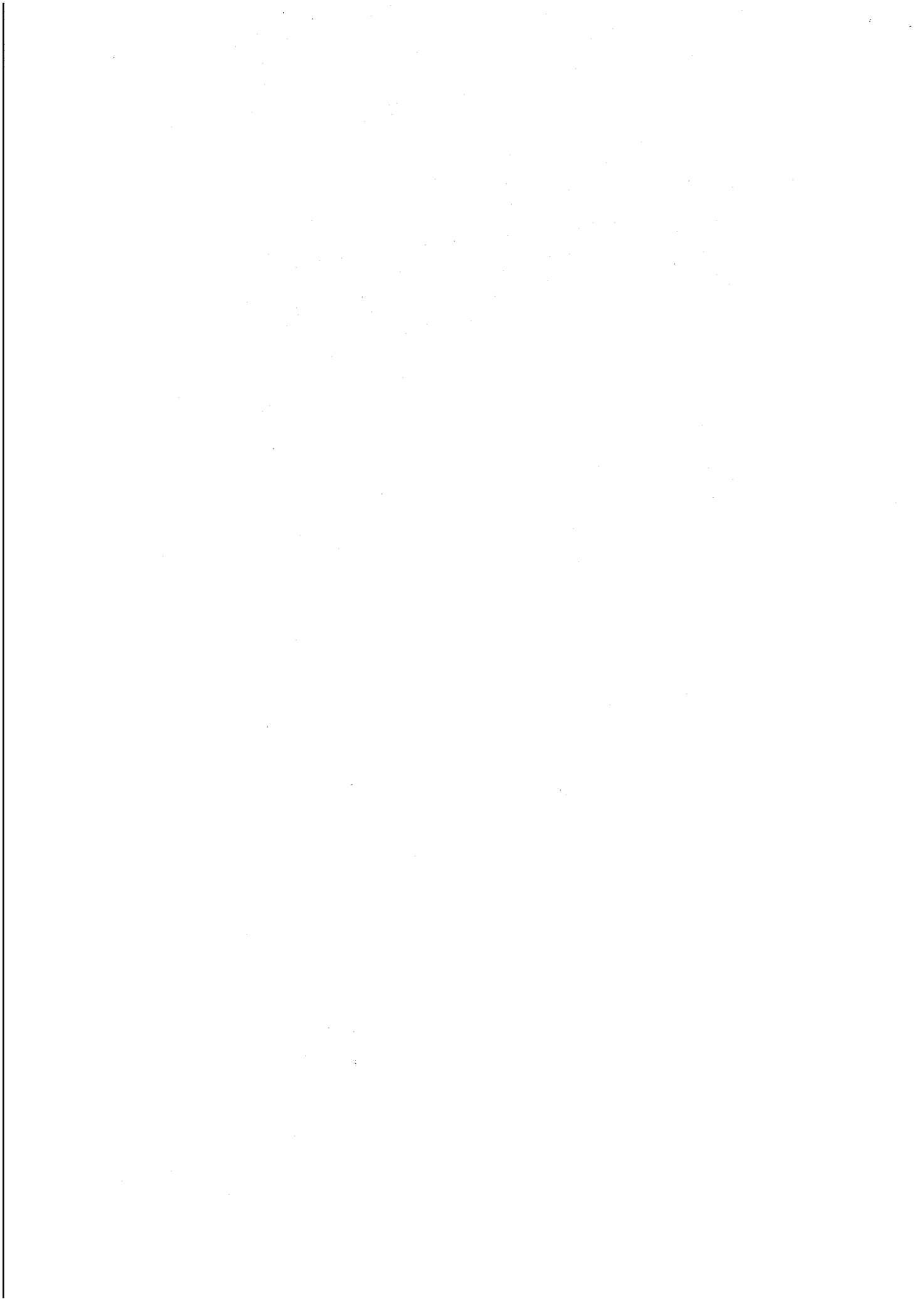
3108839896



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:	SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA				CC:	51.768.528	
CORREO ELECTRÓNICO:	pcpegaso@gmail.com				RUT (NIT):	NA	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 10F 35 50 SUR				TELÉFONO:	3108839896	
					CIUDAD:	BOGOTA	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.							
NO tomaré costos y deducciones				(X)			
SI tomaré costos y deducciones				()			
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.							
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación					SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	006570102514	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1193 2024	Nº CDP:	146	Nº. RP:	13405	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/1/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024			\$ 43.355.104	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 4.721.472 CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE						
Sonia Claudia Patiño SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA 51.768.528 3108839896							



		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			51.768.528		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°.		PS 1193 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				01/21/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.243.840			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 43.355.104		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 4.721.472	
N° PAGO / N° DE INFORME:		(10 de 10)		N° CRP INICIAL: 13405	
				N° CDP INICIAL DEL CONTRATO: 146	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DIEZ (10) MESES			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9474618801		OPERADOR: APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE HOSPITALIZACION			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		5		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
				5	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.084.448		CDP DE LA ADICIÓN: \$ 935	
				RP DE LA ADICIÓN: 21117	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.983.776		CDP DE LA ADICIÓN: \$ 1.260	
				RP DE LA ADICIÓN: 24028	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.070.464		CDP DE LA ADICIÓN: \$ 1.631	
				RP DE LA ADICIÓN: 28839	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.796.416		CDP DE LA ADICIÓN: \$ 2.204	
				RP DE LA ADICIÓN: 32232	
VALOR ADICIONADO		\$ 15.176.160		CDP DE LA ADICIÓN: \$ 2.622	
				RP DE LA ADICIÓN: 36180	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:		NA		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		NA	
				ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: NA	
IV. VERIFICACIÓN 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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SAÚL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CÓDIGO 213 GRADO 32			



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51768528		PATINO BARBOSA SONIA CLAUDIA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CRA 10 F 35 -50 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5670998	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	956628958	9474618801	1	2024/10/07	2024/10/03	BANCO DAVIVIENDA	0	\$804,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$416,000	\$0	\$0	\$416,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
SEGUROS BOLIVAR		14-7	860,002,503	2	1	\$63,400	\$0	\$0	\$63,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
NUEVA E.P.S.		EPS037	900,156,264	2	1	\$325,000	\$0	\$0	\$325,000
TOTAL					1	\$804,400	\$0	\$0	\$804,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENH e ICBF									
CC 51768528		PATINO BARBOSA SONIA CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10 F 35 -50 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5670998	No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago									
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	I	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor							
2024-09	2024-09	956628958	9474618801			2024/10/07	2024/10/03	BANCO DAVIVIENDA	0	\$804,400							
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																	
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Código Dias	IBC	Aporte	Código Dias	IBC	Aporte	Código Dias	IBC	Aporte	Código Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)				\$2,600,000	\$416,000		\$2,600,000	\$325,000		\$0	\$0		\$2,600,000	\$63,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)				\$2,600,000	\$416,000		\$2,600,000	\$325,000		\$0	\$0		\$2,600,000	\$63,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)				\$2,600,000	\$416,000		\$2,600,000	\$325,000		\$0	\$0		\$2,600,000	\$63,400		\$0	\$0
1	CC 51768528	PATINO SONIA	25-14	30	\$2,600,000	EP9037	30	\$2,600,000	0	\$0	\$0	14-7	30	\$2,600,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)				\$2,600,000	\$416,000		\$2,600,000	\$325,000		\$0	\$0			\$2,600,000	\$63,400		\$0