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 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

ERIKA XIOMARA CAICEDO VERA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.090.455.229
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4775 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		31/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.501.453	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.471.565		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.985.056
Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP:**	40698	**Nº CDP:**	3025
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DIAS				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENA BECERRA CAMARGO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 7.970.112	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3758	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47182	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A	

ITEM	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	Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud: Realizar diariamnete busqueda activa en los diferentes servicios de las unidades de usuarios reportados con microorganismos para aislar y por medio de la verificación de cultivos remitidos por laboratorio clinicos al correo de IAAS_santaclara@subredcentrooriente.gov.co
2	Revisión diaria de forma conjunta con especialista en Infectología del Total de los reportes microbiológicos de la USS: Verificación diaria de cultivos reportados por laboratorio clínico a traves del correo institucional con el fin de identificar los microorganismos que cumplen criterios de aislamiento; posteriormente se informa al especialista en infectología los reportes complejos y se solicita orientación en las indicaciones de aislamientos de los casos dificiles.
3	Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar medidas de control inmediato, documentación de las acciones: Una vez identificado los casos para aislamiento en la verificacion diaria de cultivos se realiza revision minuciosa de la historia clinica de los usuarios y reportes de laboratorio con el fin de determinar tipo de aislamiento, ubicación del usuario, brindar indicaciones al personal del servicio o en su defecto para levantar la orden de los mismos.
4	Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de brotes de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas: Realizar busqueda activa diaria en los servicios de los posibles brotes, donde se indaga con el talento humano y por medio de la revisión de reportes de laboratorio.
5	Velar por el cumplimiento de la normatividad local y nacional respecto a IAAS: Implementar diariamente el manual de IAAS de la Subred Centro Oriente, manual de limpieza y desinfección, manual de bioseguridad por medio de la retroalimentación al talento humano a tra vez de las rondas diarias y en la verificación de los diferentes servicios del Hospital Santa Clara.
6	Servir de enlace con los establecimientos de salud pública y otros, cuando proceda: Articulación diaria con SIVIGILA, lideres de unidades y coordinaciones de servicios donde se reporta las acciones realizadas en los servicios, las retroalimentaciones brindadas al talento humano y los hallazgos evidenciados durante la aplicción de las listas de chequeo; asi mismo diariamente con vigilancia epidemiológica se comparte de manera reciproca la infomación de los usuarios con reportes de cultivos con el fin de cumplir oportunamente con los aislamientos y/o la notificación de casos.
7	Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos: Diariariamente se revisa los casos de aislamientos con el fin de determinar el comportamiento de las IAAS, cuando se observa una novedad se reporta al infectologo y los medicos hospitalarios con el fin de dar manejo al caso.
8	Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad incluyendo el proceso de limpieza y desinfección de las áreas: Diariamente se realiza verificación de servicios de acuerdo al cronograma establecido y se aplica la lista de chequeo correspondiente donde se evalua normas de bioseguridad y limpieza y desinfección; asi mismo, se realiza ronda rutinaria validando la limpieza y desinfeccion de los servicios donde mas frecuentan los aislamientos: Hospitalización pediatrica y de adultos, servicios de urgencias, cuidados intermedios y UCIS.
9	Participar en la orientación y el establecimiento de programas de capacitación para el personal médico, enfermería y otros trabajadores de la institución: Realizar capacitación al personal de empresa de aseo los dias 18 y 19 de noviembre. Retroalimentar al personal asistencial y de aseo en la verificación de servicios diaria.
10	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario: Cumplir con la asistencia a la retunión de equipo del 01/11/2024 y el 30/11/2024.
11	Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por entes territoriales: Reportar diariamente en las listas de chequeo los datos estadicos necesarios para realizar los informaes para cuando son solicitados por los entes territoriales y asi cumplir con los tiempos estipulados.
12	Realizar el análisis, completar y enviar la base de datos WHONET, SIVIGILA CAB, SIVIGILA IAAS, dias dispositivos invasivos en UCI, indicadores de higiene de manos, infraestructura, toma de muestras y capacitaciones: Reporte diario de información consolidada en las listas de chequeo y cargadas a las bases de datos previamente indicadas.
13	Participar en los análisis a los que sea convocado: Cumplir con la asistencia a los precomites y comité final programados para el 21 y 25 de noviembre.
14	Supervisar la implementación de las acciones de mejora defmidas para los diferentes servicios: Dar respuesta a las acciones de mejora del Hospital Santa Clara.
15	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones: Comunicación diaria con la Referente de Infecciones quien determina los cambios de asistencia de acuerdo a la disponibilidad y a las unidades.
16	Asistir a Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias: Cumplir con la asistencia a los precomites y comité final programados para el 21 y 25 de noviembre.
17	Secretaria técnica de los comités internos de la USS de Infecciones. Comité Estadísticas vitales Comité uso prudente de antibióticos: Cumplir con la asistencia a los precomites y comité final programados para el 21 y 25 de noviembre.

18	Participar en la construcción de indicadores institucionales, seguimiento y reporte oportuno de los mismos, reporte mensual de índice y tasas de IAAS confirmadas: Diligenciar diariamente las bases de datos con los datos recogidos en las listas de chequeo de verificación de servicios con el fin de construir los indicadores mensuales y acumulados antes de la presentacion de los precomites y comites.
19	Realizar la gestion documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al lider del proceso, la actividad debera ser realizada de manera mensual: cerrar lista de chequeo aplicadas diariamente en los servicios de las unidades, tabular la información recolectada y entregar en carpetas institucionales.
20	Radicar en gestion documental los soportes obtenidos durante la ejecucion del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retencion dumental, al finalizar la ejecucion del contrato no se debera contar con archivo pendiente para almacenamientoalmacenamiento: entregar el 30 de noviembre las listas de chequeo de limpieza y desinfección asistencial, limpieza y desinfección empresa de
21	Dar linea tecnica, apoyar, revisar y garantizar con la verificación del servicio de central de diluciones la calidad de los insumos y la distribucion de los mismos en los diferentes servicios del Hospital Santa Clara.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	74387960	**OPERADOR:**	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	13/11/2024	$ 199.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/11/2024	$ 255.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/11/2024	$ 39.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 494.100

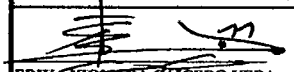
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 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



ERIKA XIOMARA CAICEDO VERA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1090455229
CEL: 3232120765

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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-1A-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	**ERIKA XIOMARA CAICEDO VERA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.090.455.229**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4775 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**31/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				8.501.453,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	16.471.565,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 3.985.056,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(3 de 3)	**Nº CRP INICIAL:**	40698	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3025
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(Nº 74387960)		**OPERADOR:**	ENLACE OPERATIVO	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	INFECCIONES DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	(LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº (1)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	**$** 7.970.112	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3758	**RP DE LA ADICIÓN:**	47182	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		XX

IV. 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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARLEY ANDREA AVILA FUENTES** **PERFIL:** **REFERENTE CONTROL DE INFECCIONES**

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	ERIKA XIOMARA CAICEDO VERA	**CC:**	1090455229
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	erikaxiomara12@gmail.com	**TELÉFONO:**	3232120765
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19C 27 93 SUR AP 502	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.

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 1.2.4.1.6 y

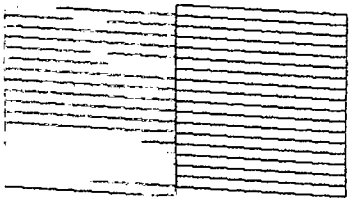
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTÁ**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**171214299**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4775 2024**	**Nº CDP:**	**3758**	**Nº. RP:**	**47182**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**31/08/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 16'471.565**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3.985.056**
	TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS MCTE					

ERIKA XIOMARA CAICEDO VERA
C.C. 1090455229
cel: 3232120765



Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

enlace operativo

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-13, 07:36:35 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	ERIKA XIOMARA CAICEDO VERA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1090455229
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	74387960
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1048055751
Banco	(1001) - BANCO DE BOGOTA
Valor	$ 494.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 255.100	$ 400
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 199.300	$ 300
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 38.900	$ 100
			SubTotales:	$ 493.300	$ 800
			Total a Pagar:		$ 494.100