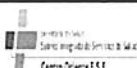
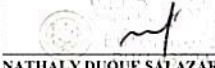
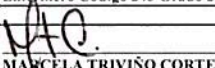
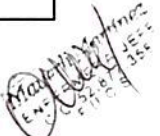


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ESTEFANIA ANZOLA CHINCHILLA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.022.982.084		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 2506 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.243.840		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 47.306.996		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		11 MESES Y 10 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		7		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.385.344		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.509.504		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.421.696		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.395.968		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 17.536.896		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 961.020		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.852.728		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM		Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, 270 Horas para el mes de NOVIEMBRE 2024			
2		Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas.			
3		Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.			
4		Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.			
5		Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.			
6		Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente.			
7		Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.			
8		Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.			
9		Participo en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso.			
10		Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.			
11		Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.			
12		Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.			
13		Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.			
14		Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred.			
15		Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas,			

16	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.		
17	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.		
19	Se hace verificación y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.		
20	Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería.		
21	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.		
22	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.		
23	Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.		
24	Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E		
25	cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite.		
26	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.		
28	Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.		
29	cuando se Requiere se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.		
30	se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.		
31	Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	7949657481		
OPERADOR:	SOI		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	18/11/2024	\$ 275,700
PENSIÓN:	PROTECCION	18/11/2024	\$ 352,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/11/2024	\$ 53,800
OTRO	COMPENSAR	18/11/2024	\$ 13,300
TOTAL PAGADO			\$ 695,700
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			
ESTEFANIA ANZOLA CHINCHILLA C.C: 1022982084 CEL: 3011381085			

Estefania Anzola

		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					
ESTEFANIA ANZOLA CHINCHILLA					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.022.982.084					
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 SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2506 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	47.306.996	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.513.940	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	Nº CRP INICIAL:	14343	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7949657481		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 7	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			
VALOR ADICIONADO	\$ 2.385.344	CDP DE LA	945	RP DE LA	22187
VALOR ADICIONADO	\$ 4.509.504	CDP DE LA	1269	RP DE LA	24610
VALOR ADICIONADO	\$ 4.421.696	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	RP DE LA ADICIÓN:	28415
VALOR ADICIONADO	\$ 5.395.968	CDP DE LA	2202	RP DE LA	33544
VALOR ADICIONADO	\$ 17.536.896	CDP DE LA	2614	RP DE LA	37144
VALOR ADICIONADO	\$ 961.020	CDP DE LA	2786	RP DE LA	39348
VALOR ADICIONADO	\$ 3.852.728	CDP DE LA	3756	RP DE LA	46427
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)					
Nº DE POLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX	
FECHA DE LA POLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		XX	
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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermería			
		 MARCELA TRIVIÑO CORTES Enlace Operativo - Dirección Hospitalarios - Enfermería			


 01/11/2024
 14:00

	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: (30/11/2024)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ESTEFANIA ANZOLA CHINCHILLA	CC: 1022982084
CORREO ELECTRÓNICO:	ESTEFANIA.ANZOLA@GMAIL.COM	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AC 3 36 80	TELÉFONO: 3011381085
		CIUDAD: BOGOTÁ
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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.		
Régimen 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	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 550488429950782
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 2506 2024	Nº CDP: 3756
		Nº. RP: 46427
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/12/2024
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DÍAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5.513.940	
	CINCO MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE	
<div>Estefania Anzola</div> <div>ESTEFANIA ANZOLA CHINCHILLA</div> <div>1022982084</div> <div>3011381085</div>		



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDELLA DE CIUDADANÍA	NÚMERO PLANILLA	7948657481
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ESTRELLA ANZOLA	PERÍODO AUTOLIQUIDACIÓN	2024
DIRECCIÓN	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	2024
TIPO APORTANTE	CIUDADANO	FECHA PAGO	2024-11-18
TIPO EMPRESA	PRIVADA	NÚMERO AUTOLIQUIDACIÓN	10248727
TIPO IDENTIFICACIÓN	UNICO		
APORTANTE AUTOLIQUIDANDO	SENA L. CIEF (PREVENIA TRIBUTARIA)		

APORTES A PENSIÓN		APORTES A SALUD		APORTES A RESERVO		APORTES A RESERVO PROFESIONALES		APORTES A RESERVO FAMILIAR	
CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201
VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800
SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	

APORTES A PENSIÓN		APORTES A SALUD		APORTES A RESERVO		APORTES A RESERVO PROFESIONALES		APORTES A RESERVO FAMILIAR	
CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201
VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800
SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	

APORTES A PENSIÓN		APORTES A SALUD		APORTES A RESERVO		APORTES A RESERVO PROFESIONALES		APORTES A RESERVO FAMILIAR	
CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201
VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800
SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	

APORTES A PENSIÓN		APORTES A SALUD		APORTES A RESERVO		APORTES A RESERVO PROFESIONALES		APORTES A RESERVO FAMILIAR	
CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201
VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800
SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	

APORTES A PENSIÓN		APORTES A SALUD		APORTES A RESERVO		APORTES A RESERVO PROFESIONALES		APORTES A RESERVO FAMILIAR	
CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201	CÓDIGO	20201
VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800	VALOR	\$ 332.800
SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	
TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800		\$ 332.800	

TOTAL \$ 695.700

