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

AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**52.170.283**		
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 2309 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 8.243.840**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (02) MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 48.636.896**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.901.280**
N° DE INFORME:	**12 DOCE**	**N° CRP:**	**14009**	**N° CDP:**	**280**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 ONCE MESES Y 10 DIEZ DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**7**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**7**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 4.821.024**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**945**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22023**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 3.235.456**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1269**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**24796**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 4.271.808**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1614**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**28253**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$ 8.431.200**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2202**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**33388**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 14.052.000**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2614**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**37409**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(3) TRES MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 961.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2786**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**39607**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ 3.027.632**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3756**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46276**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS (02) MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.592.916**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	**N/A**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**DD/MM/AAAA**	**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 actividades especificas realizadas durante el mes)
1	Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, 240 Horas para el mes de DICIEMBRE 2024
2	Se realiza el plan de cuidado diario de enfermeria 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 asi lo amerite.
4	Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guias 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 enfermeria y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermeria.
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 asi lo amerite.
9	Participe 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, radiologia, 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 clinica 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 verificacion 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 guias y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermeria.
21	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas.
22	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermeria mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermeria.
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 asi lo amerite.
26	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guias del servicio cuando se necesita.
28	Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologias y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.
29	cuando se Requiera 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 clinica de Enfermeria.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1068685420**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	8/12/2024	**$ 192.100**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	8/12/2024	**$ 245.800**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	8/12/2024	**$ 37.500**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 475.400**

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 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 periodo correspondiente

AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ
C.C: 52170283
CEL: 3118373180

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 CONTRATACION** **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

AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.170.283

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 2309 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 48.636.896		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.901.280**
N° PAGO / N° DE INFORME:	12 DOCE	**N° CRP INICIAL:**	14009	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 ONCE MESES Y 10 DIEZ DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	10686854 20		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 8	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 8	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 4.821.024	**CDP DE LA**	945	**RP DE LA**	22023	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.235.456	**CDP DE LA**	1269	**RP DE LA**	24796	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**RP DE LA ADICIÓN:**	28253	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 8.431.200	**CDP DE LA**	2202	**RP DE LA**	33388	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 14.052.000	**CDP DE LA**	2614	**RP DE LA**	37409	**TIEMPO**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 961.020	**CDP DE LA**	2786	**RP DE LA**	39607	**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.027.632	**CDP DE LA**	3756	**RP DE LA**	46276	**TIEMPO**	(2) dos meses
VALOR ADICIONADO	$ 1.592.916	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	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 **(01/12/2024) AL (31/12/2024)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NATHALY DUQUE SALAZAR** **Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria** **MARCELA TRIVIÑO CORTES** **Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria**

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: (31/12//2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ	CC: RUT (NIT):	52170283
CORREO ELECTRÓNICO:	lilianaramirez509@yahoo.com	TELÉFONO:	3118373180
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 49 59 C SUR 20 BL K INTERIOR 2 APTO 405	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 1.2.4.1.6 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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24103606891
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)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2309 2024	N° CDP:		N°. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 11 ONCE MESES Y 10 DIEZ DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 48636896
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.901.280					
	Cuatro millones novecientos un mil doscientos ochenta pesos M/CTE					

AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ
52170283
3118373180

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-08, 02:17:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068685420

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

PAGADO 08/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ		
Documento	CC52170283	**Dirección**	CL 59 SUR #49 B - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3118373180
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C52170283	AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.536.039	$ 245.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.536.039	$ 192.100	2,436	$ 1.536.039	$ 37.500	(NON-CC) ANGUVA CCT	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 475.400

II. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.536.039	$ 1.536.039	$ 1.536.039	$ 0	$ 245.800	$ 192.100	$ 37.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 475.400	$ 0	$ 475.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.