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

INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.902.081				
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 2356 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:	$ 47.766.254	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.533.684		
N° DE INFORME:	12 DOCE	N° CRP:	14288	N° CDP:	280
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 ONCE MESES Y 10 DIEZ DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBY				
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:	22066	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.296.416	CDP DE LA ADICIÓN:	1269	CRP DE LA ADICIÓN:	24799	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.295.296	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	CRP DE LA ADICIÓN:	28295	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2202	CRP DE LA ADICIÓN:	33430	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.803.680	CDP DE LA ADICIÓN:	2614	CRP DE LA ADICIÓN:	37412	TIEMPO PRORROGADO:	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 961.020	CDP DE LA ADICIÓN:	2786	CRP DE LA ADICIÓN:	39610	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 4.306.002	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	CRP DE LA ADICIÓN:	46317	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (02) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 980.256	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, 222 Horas para el mes de DICIEMBRE 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	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.
	[illegible] 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
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 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 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 clínica de Enfermería.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9478636077**	**OPERADOR:**	**APORTE S EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SURA**	**9/12/2024**	**$ 208.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**9/12/2024**	**$ 266.900**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**9/12/2024**	**$ 40.700**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 516.100**

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 período correspondiente

INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ
C.C: 52902081
CEL: 3112896325

Secretaría Distrital 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-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.902.081

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 2356 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 47.766.254		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 4.533.684
N° PAGO / N° DE INFORME:	**12 DOCE**	**N° CRP INICIAL:**	14288	**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:	9478636077	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBY		
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**	22066	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.296.416	**CDP DE LA**	1269	**RP DE LA**	24799	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.295.296	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**RP DE LA ADICIÓN:**	28295	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	**CDP DE LA**	2202	**RP DE LA**	33430	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.803.680	**CDP DE LA**	2614	**RP DE LA**	37412	**TIEMPO**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 961.020	**CDP DE LA**	2786	**RP DE LA**	39610	**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ 4.306.002	**CDP DE LA**	3756	**RP DE LA**	46317	**TIEMPO**	(2) dos meses
VALOR ADICIONADO	$ 980.256	**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 presento 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 articulo 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 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:	**INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ**	**CC:**	52902081
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	GECELL82@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3112896325
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13A 30 15	**CIUDAD:**	BOGOTA

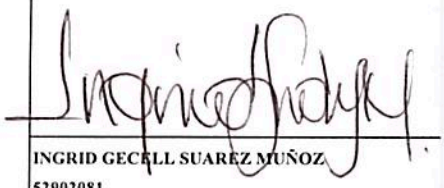
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.	
NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**8400792506**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 2356 2024	**Nº CDP:**		**Nº. 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: 47766254**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**4.533.684**
	Cuatro millones quinientos treinta y tres mil seiscientos ochenta y cuatro Pesoso M/ CTE					



INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ
52902081
3112896325

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1108794531	9478636077	I	2024/12/18	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$516,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,900	$0	$0	$266,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$266,900	$0	$0	$266,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$0	$0	$40,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$40,700	$0	$0	$40,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,500	$0	$0	$208,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$208,500	$0	$0	$208,500
TOTAL				**1**	**$516,100**	**$0**	**$0**	**$516,100**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1108794531	9478636077	I	2024/12/18	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$516,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,668,000	$266,900			$1,668,000	$208,500			$0	$0			$1,668,000	$40,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,668,000	$266,900			$1,668,000	$208,500			$0	$0			$1,668,000	$40,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,668,000	$266,900			$1,668,000	$208,500			$0	$0			$1,668,000	$40,700		$0	$0
1	CC	52902081	SUAREZ INGRID	230301	30	$1,668,000	$266,900	EPS010	30	$1,668,000	$208,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,668,000	$40,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,668,000	$266,900			$1,668,000	$208,500			$0	$0			$1,668,000	$40,700		$0	$0