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

WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.002.624.413				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4132 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	7/06/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.734.843	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTICINCO (25) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.958.962	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.086.862	
Nº DE INFORME:	7	**Nº CRP:**	31689	**Nº CDP:**	1923
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	6 MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	4	**PRORROGAS**	3	
VALOR ADICIONADO	$ 1.789.809	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2272	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34252	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.245.436	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2593	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37699	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 15.150	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2792	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40142	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A
VALOR ADICIONADO	$ 4.173.724	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3758	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47022	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual segun plan de trabajo y cronograma de actividades, el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor.
2	Realizar diariamente la búsqueda activa de los eventos de interés en salud pública y de infecciones asociadas a la atención en salud – en los diferentes servicios de las bajas complejidades.
3	Realizar ronda en la unidades de bajas complejidades,socializar y educar a colaboradores.
4	Identificar casos sospechosos de IAAS e iniciar investigación de caso individual para su respectivo aislamiento
5	Hacer solicitudes al archivo y revisar historias clínicas completas de los casos sospechosos de IAAS.
6	apoyo a la construccion en la linea de base y seguimiento de indicadores de higiene de manos como parte fundamental de una atencion segura
7	Revisión diaria de la evolución clínica y órdenes de los pacientes en seguimiento por caso sospechoso, probable y confirmado de IAAS
8	Visitar diariamente al laboratorio clínico para realizar seguimiento a los cultivos y aislamientos microbiológicos, realizar retroalimentación de IAAS confirmadas,
8	Tabulación, consolidación y actualización de bases de datos de pacientes con IAAS confirmadas descartadas.
9	Participación en análisis de casos de IAAS con Infectología, Listas de asistencia, entrevistas y acta
10	Diligenciar ficha de notificación a SIVIGILA de infecciones asocindas a dispositivos.
11	Participación como personal de apoyo en medición e implementación en el plan de capacitación (inducción, re inducción), en temas asociados a estrategia multimodal de higiene de manos.
12	Realizar verificación visual de la adherencia y técnica de higiene de manos en los diferentes servicios del hospital san blas, hacer retroalimentación en quienes se detectan oportunidades de mejoramiento.
13	Vigilar que se brinden herramientas e insumos para exigir al personal el cumplimiento de la estrategia multimodal.
14	Supervisión de adherencia de normas del manual de bioseguridad con la respectiva retroalimentación al personal
15	Revisar el cumplimiento de las precauciones de aislamiento, señalización respectiva, uso adecuado de barreras de protección, control de diseminación de microorganismos, así mismo la identificación de casos.
16	Informar sobre los casos sospechosos, probables, confirmados y demás novedades que se encuentren en la ronda diaria verificando el respectivo diligenciamiento de la ficha en salud pública.
17	Verificación semanal de paquetes de medidas catéter central, catéter urinario y ventilación mecánica dispositivos en las unidades de cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal.
18	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales de las unidades de servicios de salud de la Subred Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81939054	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	EPS SALUD TOTAL	3/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	3/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	3/12/2024	$ 31.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 402.200

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

Windy Pinto

WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ:
CC:1002624413
CEL:3224127978

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:	WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ	CC:	1.002.624.413
CORREO ELECTRÓNICO:	SEBASTTAN05@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3224127978
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA21B ESTE N°48a-41	CIUDAD:	SOACHA

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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	04500003870

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4132 2024	Nº CDP:	3758	Nº. RP:	47022	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 6 MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	7/06/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 13.958.962
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.086.862 DOS MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE					

Windy Pinto

WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ
C.C 1002624413
cel: 3224127978

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-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	WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.002.624.413

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4132 2024		FECHA INICIO CONTRATO		7/06/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.734.843,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.958.962,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.086.862,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(7/7)	N° CRP INICIAL:	31689	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1923
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	6 MESES Y VEINTICINCO (25) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N°81939054)		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA 4				ADICION (4)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	$ 1.789.809	CDP DE LA ADICIÓN:	2272	RP DE LA ADICIÓN:	34252	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.245.436	CDP DE LA ADICIÓN:	2593	RP DE LA ADICIÓN:	37699	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 15.325	CDP DE LA ADICIÓN:	2792	RP DE LA ADICIÓN:	40142	TIEMPO PRORROGADO:	NA
VALOR ADICIONADO	$ 4.173.724	CDP DE LA ADICIÓN:	3758	RP DE LA ADICIÓN:	47022	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	XX
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 01/12/2024) AL (31/12/2024)

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 TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARLEY ANDREA AVILA PUENTES** **PERFIL:** **REFERENTE CONTROL DE INFECCIONES**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1002624413	WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ		Cra 21b este # 48 - 41	3224127978	sebasttan05@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	81939054	TOTAL A PAGAR	
					$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0	-	0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información