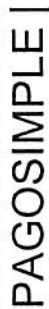


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.007.707		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1203 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				21/1/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.243.840		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 47.345.872		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 4.384.224	
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:	
				13413	
Nº CDP:		146			
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2 MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		7		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				7	
				PRORROGAS	
				7	
VALOR ADICIONADO		3.634.784		CDP DE LA ADICIÓN:	
				935	
VALOR ADICIONADO		3.747.200		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1260	
VALOR ADICIONADO		6.744.960		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1631	
VALOR ADICIONADO		4.684.000		CRP DE LA ADICIÓN:	
				2204	
VALOR ADICIONADO		13.602.336		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2622	
VALOR ADICIONADO		5.564.592		CRP DE LA ADICIÓN:	
				3757	
VALOR ADICIONADO		1.124.160		CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				21126	
				24037	
				28847	
				32241	
				36189	
				45586	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				UN MES	
				UN MES	
				UN MES	
				UN MES	
				TRES MESES	
				DOS MESES	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				1 MES	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				NA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 Porta el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas.					
2 Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.					
3 Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.					
4 Conoce y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.					
5 Apoya a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales.					
6 Participa en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área.					
7 Informa al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.					
8 Atiende a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, cálida y respetuosa					
9 Desarrolla las actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. También desarrollar actividades de capacitación al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, cuando sea necesario.					
10 Cumple la programación mensual de actividades.					
11 Notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participar en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, resultado del análisis realizado, integral del presente contrato					
12 Emite conceptos de conformidad con sus actividades profesionales.					

13	Soporta de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales.		
14	Custodia y responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.		
15	Ingresa al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional.		
16	Verifica la programación quirúrgica del quirófano al que fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación.		
17	Solicita y registrar correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada		
18	Solicita a la farmacia las suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia		
19	Se realiza la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quirófano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato		
20	Responde la lista de chequeo de cirugía segura, voceada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al		
21	Se Presenta al paciente e informarle sobre su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento.		
22	Vela por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico así como por la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos		
23	Verifica el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptables, rechazar los elementos según corresponda.		
24	Revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización por medio del circulante de enfermería conservando el rótulo de marcado proveniente de la central		
25	Cuenta en voz alta en conjunto con el auxiliar el material médico quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como: gasas, compresas,		
26	Durante el procedimiento informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento.		
27	Contar en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad.		
28	Participa activamente en el procedimiento quirúrgico.		
29	Se informar al cirujano tratante el resultado del recuento para poder realizar cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la		
30	Terminado el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material		
31	Traslada el contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de		
32	Registra en la hoja de gastos de farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico.		
33	Elabora por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar.		
34	Reporta los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a atención del paciente, aun cuando no se encuentre		
35	Cumple con el protocolo institucional de comportamiento en quirófano		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1068402867		
OPERADOR:	PAGO SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS SURA	28/11/2024	\$ 191.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	28/11/2024	\$ 244.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	28/11/2024	\$ 37.300
OTRO	CAFAM	28/11/2024	\$ 30.600
TOTAL PAGADO			\$ 503.800
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			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
Tatiana Trujillo NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES 53.007.707 3175766066			

 <div>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		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:		NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES		CC:	53.007.707
CORREO ELECTRÓNICO:		ntrujillo.ips.hco@gmail.com		RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CALLE 142 D 129 A 62		TELÉFONO:	3175766066
				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				()	
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)
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					
BANCO O ENTIDAD CONSIGNATARIA:		BBVA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS
(APLICAR SI EL CONTRATISTA NO SE ENCONTRA EN LA LISTA DE SOLICITABLES)				Nº CUENTA:	0074118886
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1203 2024	Nº CDP:	3757	Nº. RP:	45586
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS			
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	21/1/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024	\$ 47.345.872
PERIODO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024				
MONTANTO A PAGAR POR EL CONTRATO:		\$ 4.384.224			
(EN LETRAS)		CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE			
Tatiana Trujillo NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES					

		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			NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53.007.707		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO 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 1203 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		8.243.840	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 47.345.872		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 4.384.224	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(12 de 12)		Nº CRP INICIAL: 13413	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068402867		OPERADOR: PAGO SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GESTION HOSPITALARIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2 MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		7		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		3.634.784		CDP DE LA 935	
VALOR ADICIONADO		3.747.200		CDP DE LA 1260	
VALOR ADICIONADO		6.744.960		CDP DE LA 1631	
VALOR ADICIONADO		4.684.000		CDP DE LA 2204	
VALOR ADICIONADO		13.602.336		CDP DE LA 2622	
VALOR ADICIONADO		5.564.592		CDP DE LA 3757	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.124.160		CDP DE LA	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HIA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITEM		CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS		SI	
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: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SAÚL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			



**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte: 2024-11-29, 10:06:05 AM

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1068402867

Periodo Cotización:	noviembre de 2024	Periodo Servicio:	noviembre de 2024
---------------------	-------------------	-------------------	-------------------

PAGADO 28/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES		
Documento	CC53007707	Dirección	CLL 142B 129 A 62
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5374287
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

[illegible]

III. TOTALES

III. TOTAL		IBC Pensión	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICBF	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MONA	TOTAL INTERESES DE MONA	TOTAL FINAL
		\$ 1.528.858	\$ 1.528.858	\$ 1.528.858	\$ 191.200	\$ 37.300	\$ 30.660	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 603.800	\$ 0	\$ 603.800

