

 <div style="text-align: right;"> CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16 </div>						
<p align="center">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</p>						
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y						
KATERINE DAYANA HEREDIA BUITRAGO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.053.350.491					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOTECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 1966 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.534.640	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	29.117.946	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	2.537.640	
Nº DE INFORME:	12	Nº CRP:	14220	Nº CDP:	280	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2L V HOSPITAL LA VICTORIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	9	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	9	PRORROGAS	6
VALOR ADICIONADO	\$ 1.335.219	CDP DE LA ADICIÓN:	945	CRP DE LA ADICIÓN:	21745	Tiempo PROEROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.560.449	CDP DE LA ADICIÓN:	1269	CRP DE LA ADICIÓN:	24426	Tiempo PROEROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.710.160	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	CRP DE LA ADICIÓN:	27986	Tiempo PROEROGADO: (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.590.992	CDP DE LA ADICIÓN:	2202	CRP DE LA ADICIÓN:	33130	Tiempo PROEROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 7.729.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2614	CRP DE LA ADICIÓN:	37548	Tiempo PROEROGADO: (3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA ADICIÓN:	2786	CRP DE LA ADICIÓN:	39740	Tiempo PROEROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 310.666	CDP DE LA ADICIÓN:	3693	CRP DE LA ADICIÓN:	44886	Tiempo PROEROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 4.273.920	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	CRP DE LA ADICIÓN:	46037	Tiempo PROEROGADO: (2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.602.720	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		Tiempo PROEROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		Tiempo PROEROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		Tiempo PROEROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		Tiempo PROEROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		Tiempo PROEROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)						
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	
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)						
1	Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron: 228 Horas para el mes de Diciembre 2024					
2	Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería.					
3	Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.					
4	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.					
5	Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.					
6	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.					
7	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.					
8	Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.					
9	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.					
10	Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institución.					
11	Realizar ascerías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clinica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.					
12	Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.					
13	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.					
14	Se solicita, Alista, entrega, custodia y retoma limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.					
15	Se cumplieron con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.					
16	Se recepción, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.					
17	Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.					
18	Se realizo limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.					
19	Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas.					

20	Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
21	Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area.
22	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio.
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.
24	Se realizo la participacion en las reuniones y capacitaciones programadas.
25	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.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477062512	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	CAPITAL SALUD	13/11/2024	\$	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	13/11/2024	\$	208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/11/2024	\$	31.700
OTRO	CCF	13/11/2024		
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 ningún 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

Katerine Heredia
KATERINE DAYANA HEREDIA BUITRAGO
C.C: 1053350491
CEL: 3144215855

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-T-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y KATERINE DAYANA HIEREDIA BUITRAGO						
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.053.350.491						
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE ENFERMERIA				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1966 2024		FECHA INICIO CONTRATO 21/01/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 29.117.946		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.537.640		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		12		Nº CRP INICIAL: 14220 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 280		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		11 MESES Y 10 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9477062512		OPERADOR: APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2L V HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 9	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION 9	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	\$ 1.335.219	CDP DE LA ADICIÓN:	945	RP DE LA ADICIÓN:	21745	TIEMPO PRORROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.560.449	CDP DE LA ADICIÓN:	1269	RP DE LA ADICIÓN:	24426	TIEMPO PRORROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.710.160	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	RP DE LA ADICIÓN:	27986	TIEMPO PRORROGADO: (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.590.992	CDP DE LA ADICIÓN:	2202	RP DE LA ADICIÓN:	33130	TIEMPO PRORROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 7.729.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2614	RP DE LA ADICIÓN:	37548	TIEMPO PRORROGADO: (3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA ADICIÓN:	2786	RP DE LA ADICIÓN:	39740	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 310.666	CDP DE LA ADICIÓN:	3693	RP DE LA ADICIÓN:	44886	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 4.273.920	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	RP DE LA ADICIÓN:	46037	TIEMPO PRORROGADO: (2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.602.720	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)						
Nº 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.						
	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:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermeria				
		WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria				

		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:	KATERINE DAYANA HEREDIA BUITRAGO		CC:	1053350491	
CORREO ELECTRÓNICO:	DAYANABUITRAGO@GMAIL.COM		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 3 C BIS ESTE 41 B 15 SUR		TELÉFONO:	3144215855	
			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:	Banco caja social		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					24103875914
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1966 2024	N°. CDP:		N°. RP:	
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 01/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.537.640 DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE				
 KATERINE DAYANA HEREDIA BUITRAGO 1053350491 3144215855					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033350491		HEREDIA BUITRAGO KATERINE DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 3 C BIS ESTE # 41 B. 15 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6616307	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1045788654	947062512	✓	2024/12/20	2024/11/13	BANCO CAJA SOCIAL	\$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200

