

 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-F-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ADRIANA TORRES MURCIA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52,032,495	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOTECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1878 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:	\$ 32,283,930	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3,005,100
Nº DE INFORME:	12	Nº CRP:	16309
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	TIPO DE MODIFICACIÓN	6
VALOR ADICIONADO	\$ 3,168,936	CDP DE LA ADICIÓN: 945	CRP DE LA ADICIÓN: 21664
VALOR ADICIONADO	\$ 2,715,790	CDP DE LA ADICIÓN: 1269	CRP DE LA ADICIÓN: 24887
VALOR ADICIONADO	\$ 3,483,428	CDP DE LA ADICIÓN: 1614	CRP DE LA ADICIÓN: 27908
VALOR ADICIONADO	\$ 3,473,122	CDP DE LA ADICIÓN: 2202	CRP DE LA ADICIÓN: 33054
VALOR ADICIONADO	\$ 8,657,040	CDP DE LA ADICIÓN: 2614	CRP DE LA ADICIÓN: 37436
VALOR ADICIONADO	\$ 469,680	CDP DE LA ADICIÓN: 2786	CRP DE LA ADICIÓN: 39628
VALOR ADICIONADO	\$ 4,111,794	CDP DE LA ADICIÓN: 3756	CRP DE LA ADICIÓN: 45964
VALOR ADICIONADO	\$ 1,669,500	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
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: 270 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 clínica establecido por la institución.		
11	Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, 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 retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional		
15	Se cumpla 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 recepciona, 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:	1068606111	OPERADOR:	PAGOSIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	07/12/2024	\$ 162,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	07/12/2024	\$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	07/12/2024	\$ 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 ibe 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 SMMILV (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	

Adriana Torres

ADRIANA TORRES MURCIA

C.C: 52032495

CEL: 3057128166

		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-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
ADRIANA TORRES MURCIA						
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.032.495						
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 SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1878 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	32.283.930	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$	3.005.100	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	Nº CRP INICIAL:	16309	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	280	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068606111	OPERADOR:	PAGOSIMPLE			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 8	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION 8	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	\$ 3.168.936	CDP DE LA ADICIÓN:	945	RP DE LA ADICIÓN:	21664	TIEMPO PRORROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 735.192	CDP DE LA ADICIÓN:	1269	RP DE LA ADICIÓN:	24887	TIEMPO PRORROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.483.428	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	RP DE LA ADICIÓN:	27908	TIEMPO PRORROGADO: (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.473.122	CDP DE LA ADICIÓN:	2202	RP DE LA ADICIÓN:	33054	TIEMPO PRORROGADO: (1) UN MES
VALOR ADICIONADO	\$ 8.657.040	CDP DE LA ADICIÓN:	2614	RP DE LA ADICIÓN:	37436	TIEMPO PRORROGADO: (3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA ADICIÓN:	2786	RP DE LA ADICIÓN:	39628	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 4.111.794	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	RP DE LA ADICIÓN:	45964	TIEMPO PRORROGADO: (2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.669.500	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		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 ABOGACÍA:			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 cláusula "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 Código 243 Grado 20 - Referente Enfermería				
		 WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermería				



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:	ADRIANA TORRES MURCIA	CC:	52032495
CORREO ELECTRÓNICO:	ADRIANA_TORRES_M@HOTMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 1 C 3 51	TELÉFONO:	3057128166
		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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	8400751379
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1878 2024	Nº. CDP:		Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 32283930
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)	\$ 3,005.100					
	TRES MILLONES CINCO MIL CIENTO PESOS M/CTE					

Adriana Torres

ADRIANA TORRES MURCIA

52032495

3057128166

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA TORRES MURCIA
Documento	CC52032495
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones		Salud			Riesgos			Cajas		Parafiscales		Total					
Identificación	Apellidos y Nombre	Tipo Colaborante	Subtipo Colaborante	RET	RET P	TDR	TAP	VSP	CON	VEI	OP	OPM AAF	OPM AEP	OPM ESP	OPM CCF	Administradores	IBC Pensiones	Aporte Pension	Administradores	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradores	IBC Caja	Aporte ICAP	Aporte SEMA	Aporte Caja	Total	
2-2032495	ADRIANA TORRES MURCIA	07	00									0	0	0	0	25-11-14	COPIACIONES	\$ 1.300.000	\$ 200.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 142.000	2.434	\$ 1.300.000	\$ 31.700	(N/C)	NINGUNA	0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.002.200

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.300.000	IBC Salud	\$ 1.300.000	IBC Riesgos	\$ 1.300.000	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 208.000	Aportes Salud	\$ 162.500	Aportes Riesgos	\$ 31.700	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sena	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ASP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 402.200	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 402.200
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	---	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

