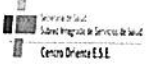


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-15	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y NAYELIS ISABEL LOZANO FERNANDEZ							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.033.739.305			
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 2339 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:		\$ 48.456.470		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 4.166.088	
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:		14279	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		11 MESES Y 10 DIAS		Nº CDP:		280	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				3BL HOSPITAL SAN BLAS			
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		\$ 4.883.627		CDP DE LA ADICIÓN:		945	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.959.765		CDP DE LA ADICIÓN:		1269	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.395.968		CDP DE LA ADICIÓN:		1614	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.734.112		CDP DE LA ADICIÓN:		2202	
VALOR ADICIONADO		\$ 14.052.000		CDP DE LA ADICIÓN:		2614	
VALOR ADICIONADO		\$ 961.020		CDP DE LA ADICIÓN:		2786	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.368.414		CDP DE LA ADICIÓN:		3756	
VALOR ADICIONADO		\$ 857.724		CDP DE LA ADICIÓN:		46303	
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)							
ITEM							
1 Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, se realizaron: 204 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 verifico de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.							
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 Participo 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.							
11 Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado 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 asignadas,							
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 verificación 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 Requiere 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:	7948298990	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	5/12/2024	\$	227.200
PENSIÓN:	PORVENIR	5/12/2024	\$	227.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	5/12/2024	\$	44.300
OTRO	CCF	5/12/2024	\$	36.400
TOTAL PAGADO				\$ 535.100

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 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	
(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	
Nayelis Isabel Lozano Fernandez NAYELIS ISABEL LOZANO FERNANDEZ C.C: 1033739305 CEL: 3102417348	

		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: APIA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y NAYELIS ISABEL LOZANO FERNANDEZ					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.033.739.305					
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 2339 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				21/01/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 48.456.470		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 4.166.088	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		12		Nº CRP INICIAL: 14279	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 280	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		11 MESES Y 10 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		7948298990		OPERADOR: SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
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		\$ 4.883.627		CDP DE LA ADICIÓN: 945	
				RP DE LA ADICIÓN: 22052	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.959.765		CDP DE LA ADICIÓN: 1269	
				RP DE LA ADICIÓN: 24387	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.395.968		CDP DE LA ADICIÓN: 1614	
				RP DE LA ADICIÓN: 28281	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.734.112		CDP DE LA ADICIÓN: 2202	
				RP DE LA ADICIÓN: 33416	
VALOR ADICIONADO		\$ 14.052.000		CDP DE LA ADICIÓN: 2614	
				RP DE LA ADICIÓN: 37507	
VALOR ADICIONADO		\$ 961.020		CDP DE LA ADICIÓN: 2786	
				RP DE LA ADICIÓN: 39699	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.368.414		CDP DE LA ADICIÓN: 3756	
				RP DE LA ADICIÓN: 46303	
VALOR ADICIONADO		\$ 857.724		CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
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 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:	NAYELIS ISABEL LOZANO FERNANDEZ	CC:	1033739305
CORREO ELECTRÓNICO:	NAYELISL @HOTMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 23 65 B 26 SUR	TELÉFONO:	3107708508
		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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	56756641951
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 2339 2024	Nº. CDP:		Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DIAS
------------------	--------------	----------	--	---------	--	--

FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 48456470
--------------------------	------------	-----------------------------------	------------	--

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)	\$	4.166.088
	CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE	

Nayelis Isabel Lozano Fernandez

NAYELIS ISABEL LOZANO FERNANDEZ

1033739305

3107708508

Ps 2339

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1031739305	NOMBRE PLANILLA: 7942298990	PERIODO PLANILLA: 2024
Ciudad/Vinculo: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	MES: Noviembre	AÑO: 2024
TIPO APORTANTE: 03 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: PRIVADA	FECHA PAGO (aaaa-mm-dd): 2024-11-25	
FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de computadores, equipo per	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1101616029	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

TOTAL APORTES A PENSIÓN									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLAGADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FSP	MORA
20031	20031-FORVENIR		1	\$ 290.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:				\$ 290.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.300

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACITADO POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	MORA
EP5008	EP5008-COMPENSAR		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A RESGATOS PROFESIONALES									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACITADO POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	MORA
16.7	16.7-SEGUROS BOLIVAR S.A.		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACITADO POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	MORA
COF-4	COF-4-COMPENSAR		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
SEGURIDAD SOCIAL									
PENSIÓN									
Nº. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO DE APORTANTE	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO
1	NAVILIS ISABEL LOZANO FERNANDEZ	03 INDEPENDIENTE	1	\$ 290.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:									
SUBTOTAL:									

TOTAL \$ 598.600

