



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

OLGA LUCIA RAMIREZ ROA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

35.479.584

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 1764 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2/1/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

16.487.680

PLAZO INICIAL
DEL CONTRATO

TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$

16.487.680

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 4.646.528

N° DE INFORME:

1

N° CRP:

6374

N° CDP:

1

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SAÚL ARDILA DURAN

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS

¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
N° DE FOLIA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA
FECHA DE LA FOLIA:	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	Ingresar 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 terminar
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 utilizados en
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, agujas de
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 contarlos 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 información en
30	Terminado el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado,
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:	83022751	OPERADOR:	MI PLANILLA/ COMPENSAR
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	14/1/2025	\$ 206.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/1/2025	\$ 263.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	14/1/2025	\$ -
OTRO:	CFF(COMPENSAR)	14/1/2025	\$ 33.000
TOTAL PAGADO			\$ 503.000

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.	

VII. ANEXOS	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente.	

Lucía Ramírez
CLGA LUCIA RAMIREZ ROA
35.479.584
3202208897

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: (31/1/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA LUCIA RAMIREZ ROA	CC:	35.479.584
CORREO ELECTRÓNICO:	luchisrxx@gmail.com	RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 9 No 22 - 83	TELÉFONO:	3202208897
		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.

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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24094792564
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)

N° DEL CONTRATO:	PS 1764 2025	N° CDP:	1	N° RP:	637A	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025		\$	16.487.680

PERIODO OBJETO DE COBRO:

DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$	4.646.528
	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE	

Olga Ramirez

OLGA LUCIA RAMIREZ ROA

35.479.584

3202208897



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-LA-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

OLGA LUCIA RAMIREZ ROA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

35.479.584

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 1764 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2/1/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

16.487.680

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

16.487.680

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

4.646.528

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

Nº CRP

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

1

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

83022751

OPERADOR:

MI PLANILLA/ COMPENSAR

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SAÚL ARDILA DURAN

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				
VALOR ADICIONADO	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:		
VALOR ADICIONADO	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:		
VALOR ADICIONADO	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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA
FECHA DE LA PÓLIZA:	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	NA

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 (02/1/2025) AL (31/1/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
SAÚL ARDILA DURAN
PERFIL:
MEDICO ESPECIALISTA
CÓDIGO 213 GRADO 32

NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR
YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
CARGO:
DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NT	Cotización Obligatoria
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	206.100

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	206,100	1

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Codización Obligatoria
230301	Pension	800224905-8	263.900

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
0	0	0	0	0	0		283.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES		
Código ARL	Nombre	NIT
		Colización Obligatoria

Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado		Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor						Saldo a Favor	Favor			

TOTALES CAJA	
Código CCF	Nombre
CCF24	Compensación

	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
	86006842-7	33.0000	0	0	33.0000	1

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				
MIEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	206,100	206,100
Pensión	1	263,900	263,900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	33,000	33,000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	503,000	503,000