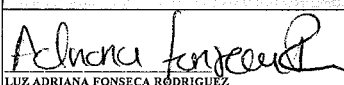
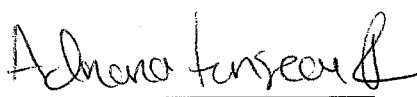


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.731.290	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 1793 2025	FECHA INICIO CONTRATO 2/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.668.838	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.668.838	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$ 2.222.946
Nº DE INFORME:	Nº1	Nº CRP: 6402
		Nº CDP: 3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG- HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN - LIDER DE CLINICAS QUIRURGICAS	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
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:
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:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS		
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deber ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)	
1	Realizó la prestación en el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	
2	Realizo agendamiento de los procedimientos quirúrgicos para los usuarios que lo soliciten, bien sea de manera presencial o vía telefónica.	
3	Realizo llamadas pre quirúrgica a los pacientes para confirmación de asistencia e informarles de la preparación requerida para el correspondiente procedimiento. Dejando registro en la Historia Clínica, correo electrónico y Drive.	
4	Elaboro el programa quirúrgico y brindar soluciones y/o alternativas. Validando dentro de la programación diaria la distribución adecuada de los quirófanos, equipos y asignación en la programación diaria del recurso humano necesario para el desarrollo de las cirugías programadas	
5	Realizo la programación quirúrgica a las 2:00 pm y toda eventualidad, inclusión, exclusión o modificación en el horario, en el programa después de esta hora deberá ser informado a las áreas de apoyo involucradas y a los pacientes.	
6	Reviso la historia clínica de los pacientes a programar para validar que todo esté listo para la cirugía desde el punto de vista de la preparación del paciente. Verificar en la valoración de anestesia si el paciente tiene criterios especiales que se deben tener en cuenta para el momento de la citación y que se dé cumplimiento a ello.	
7	Realizo amadas post quirúrgicas a los pacientes de ingreso y egreso ambulatorio, conforme al protocolo establecido, buscando identificar situaciones de riesgo o de alarma, para diferir inmediatamente el paciente a la Subred.	
8	Realizo seguimiento a la programación de cirugía o informar las desviaciones del programa para la aplicación de correctivos, realizar los registros correspondientes incluyendo los registros de cancelación de cirugía	
9	Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presentaron fallas del sistema, los formatos), consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.	
10	Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.	
11	Garantizo la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas .	
12	Reporto al area de Recursos Humanos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.	
13	Entrego en forma oportuna los documentos requeridos por la Subred, soportes de hoja de vida y soportes para el pago de las cuentas de cobro.	
14	Mantengo la reserva de la información a la cual tengo acceso con ocasión a sus actividades.	
15	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo	
16	Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1068691838	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	SALUD TOTAL	7/1/2025
PENSIÓN:	PORVENIR	7/1/2025
RIESGOS LABORALES:	SURA	7/1/2025
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$402.200
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA		
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 SMM.LV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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) Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente		
 LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ CC: 1.033.731.290 CEL: 3196177484		

Daniela C.


 <div>Secretaría de Salud 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: (31/01/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ			CC:	1033731290
CORREO ELECTRÓNICO:	cirugiajeg2013@gmail.com			RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 18 CN 51 79 SUR			TELÉFONO:	3196177484
				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.					
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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLGABLE)					0570004870513928
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1793 2025	Nº CDP:	3	Nº. RP:	6402
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :
					DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/3/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:
					\$ 6.668.838
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)	\$ 2.222.946				
(DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDÓS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MCTE					
					
LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ 1033731290 3196177484					

Daniel C
JCS

		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-PT-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			LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.033.731.290		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1793 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.668.838			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.668.838		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.222.946	
N° PAGO / N° DE INFORME:		(1 de 1)		N° CRP INICIAL:	
				6402	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068691838		OPERADOR:	
				SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GESTION HOSPITALARIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SAUL ARDILA DURAN - LIDER DE CLINICAS QUIRURGICAS			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° 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:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA				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	
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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SAUL ARDILA DURAN PERFIL: LIDER DE CLINICAS QUIRURGICAS			
		NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR HOSPITALARIO: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05			

Donela 908

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA



Fecha creación reporte: 2025-01-21, 12:31:45 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068691838
Período Cotización: diciembre de 2024 Período Servicio: diciembre de 2024 Referencia pago: 8810362866

PAGADA 07/01/2025

DOS DEL APORTANTE

Social	LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ	Dirección	AV. CARRERA 18C #51 - 79 SUR
Entero	CC1033731290	Teléfono	3105864630
Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ente Legal		Identificación	
Filiados	1	ARP	ARL SURA

ALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado		Novedades										Pensiones		Salud			Riesgos		Cajas			Parafiscales			Tot
In	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
0	LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ	59	0																						\$4

TOTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes CBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades (con las salidas a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.300.000	\$1.300.000	\$1.300.000	\$0	\$208.000	\$162.500	\$31.700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$402.200	\$0	\$402.200

2498.