

 <div>Ministerio 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 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							
WENDY LORAINE PEÑA ARIZA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1,063,563,387			
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 1192 2025		FECHA INICIO CONTRATO		02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	9,091,280	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	9,091,280	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$	2,376,130
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:	5920	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ - ENFERMERO CODIDO GRADO 440-20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	PRORROGAS		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGAD O:		
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA	
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	Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.						
2	Organizar el servicio y realizar alistamiento de consultorios con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno por parte de los profesionales que realizan la consulta.						

3	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.
4	Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.
5	Realizar la programación de procedimientos menores que se realizan en consultorio (lavado de oídos, procedimientos de dermatología y cirugía maxilofacial, etc.), informar a los usuarios fecha, hora y preparación.
6	Cumplir 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.
7	Alistamiento, traslado y entrega de instrumental en la Central de Esterilización, y la recepción del mismo una vez sea devuelto.
8	Utilizar adecuadamente los materiales y equipos y avisar sobre la falta o deterioro de los mismos a la enfermera jefe.
9	Realizar la recepción, 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.
10	Demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la subred.
11	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.
12	0
13	0
14	0
15	0
16	REALIZO 230 HORAS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83257659	OPERADOR:	miplanilla.com
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	17/01/2025	\$ 162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	17/01/2025	\$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	17/01/2025	\$ 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 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, 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.

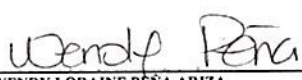
VII. ANEXOS

(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

Wendy Peña

WENDY LORAIN PEÑA ARIZA
CC:1063563387
CEL:3015586370

 <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 GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	WENDY LORAINE PEÑA ARIZA	CC: 1063563387
CORREO ELECTRÓNICO:	wendylorainepa@gmail.com	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Transversal 65A No 1-23	TELÉFONO: 3015586370
		CIUDAD: BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.		
NO tomaré costos y deducciones		()
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	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
	Nº CUENTA:	0570008480369563
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERÍODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 1192 2025	Nº CDP: 1
		Nº. CRP: 5920
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/04/2025
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO MESES
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9,091,280.00
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN	\$ 2,376,130	
	Dos Millones Trescientos Setenta y Seis Mil Ciento Treinta Pesos m/cte	
 WENDY LORAINE PEÑA ARIZA C.C1063563387 cel:3015586370		

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 SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-1A-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

WENDY LORAIN PEÑA ARIZA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1,063,563,387

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIO TÉCNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 1192 2025

FECHA INICIO CONTRATO

02/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

9,091,280.00

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

9,091,280.00

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

2,376,130.00

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

1

Nº CRP INICIAL:

5920

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

1

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

CUATRO MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

83257659

OPERADOR:

miplanilla.com

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

SERVICIOS AMBULATORIOS

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ - ENFERMERO CODIGO GRADO 440-20

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

Nº DE PÓLIZA:

XX

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

XX

FECHA DE LA PÓLIZA

DD/MM/AAAA

ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:

XX

IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	XX	
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?	XX	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	XX	
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 59 de la Ley 789 de 2002?	XX	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	XX	

Enviando 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)

IRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ

CARGO:

ENFERMERO GRADO 440-20

NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR:

EDISON HUMBERTO SANCHEZ QUINTERO

PERFIL:

ENLACE DIRECCIÓN AMBULATORIOS

Información básica de la planilla

Empresa:

WENDY LORAINE PEÑA ARIZA

NIT:

1063563387

Tipo Planilla:

I

Periodo liquidación Pensiones:

diciembre 2024

Sucursal o Dependencia:

PRINCIPAL

Periodo liquidación Salud:

diciembre 2024

Número de Radicación:

83257659

Total a pagar:

\$402,200

Fecha de vencimiento:

22/01/2025

Total de empleados:

1

Fecha de Pago:

17/01/2025

Número de Administradoras:

3

Detalles del pago

Razón social recaudo:

Compensar OI

Nit recaudo:

9998600669427

Descripción:

Miplanilla.com Pago Protección Social

Medio de Pago:

Pago Electronico por PSE

Banco:

BANCO DAVIVIENDA

Número Autorización:

1200968105

Estado de la transacción:

Transacción aprobada

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	1		\$0	\$31,700
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$208,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$162,500
						\$402,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

12. Veranschaulichen Sie die folgenden Aussagen mit einem geeigneten Gegenbeispiel für jede Aussage.

a) Ein Vektorraum ist ein Modul über einem Ring.

b)

c) Ein Modul über einem Ring ist ein Vektorraum.

d)

e)

f)

g)

h)

i)

j)