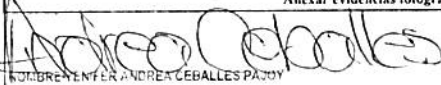
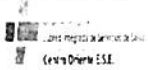
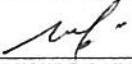
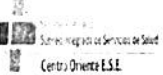
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YENIFER ANDREA CEBALLES PAJOY					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52,694,117		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 2535 2025		FECHA INICIO CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 17,971,360	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	(4) CUATRO MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 17,971,360	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 5,513,940
Nº DE INFORME:		1	Nº CRP:	6923	Nº CDP:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		(4) CUATRO MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	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:
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 (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, 270 Horas para el mes de ENERO 2025				
2	Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas.				
3	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.				
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.
30	cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.
31	se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.
32	Se Realiza los registros en DIIG historia clínica de Enfermería.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	83479714	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	21/1/2024	\$	278,100
PENSIÓN:	PORVENIR	21/1/2024	\$	355,900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	21/1/2024	\$	54,300
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 688,300

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 SMLV (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	
 NOMBRE: ENFER ANDREA CEBALLES PAJOY C.C. 52094117 TEL 3202508340	

		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-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YENIFER ANDREA CEBALLES PAJOY					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52,694,117					
I. INFORMACIÓN 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 2535 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/1/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 17,971,360		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 5,513,940	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		Nº CRP INICIAL:		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
		6923		1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		(4) CUATRO MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		83479714		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN 0 PRORROGA 0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		XX	
DD/MM/AAAA					
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 paratisciales, 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:		 NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermería			
		 MARCELA TRIVIÑO CORTES 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: (31/01/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENIFER ANDREA CEBALLES PAJOY		CC:	52694117	
CORREO ELECTRÓNICO:	yaceballes@fucsasud.edu.co		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 1A 5A-78		TELÉFONO:	3202508940	
			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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	475570026595
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 2535 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	6923
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (4) CUATRO MESES					
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 17971360
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)	S 5,513,940 CINCO MILLONES QUINIENTOS TRECÉ MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE				
 YENIFER ANDREA CEBALLES PAJOY 52694117 3202508940					

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	52694117	YENIFER ANDREA CEBALLES P ₂ ALDOY	CALLE 1 # 5A-78	55555555
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2024-12	2024-12	1	21/01/2025	83479714
				\$689.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS037	Nueva EPS	800156164-2	275.800	C

TOTALES PENSION				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
230301	Pervital	800224806-2	353.000	C

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	53.800	C

TOTALES CAJAS				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	No. Afiliados
0	13	0	0
0	13	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.800	275.800
Pensión	1	353.000	353.000
Riesgos Laborales	1	53.800	53.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	682.600	682.600