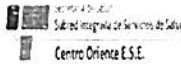
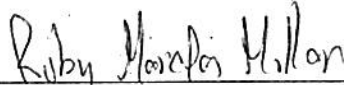
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
RUBY MARCELA MILLAN SANCHEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.911.709		
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 2558 2025		FECHA INICIO CONTRATO
					2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	15.684.096	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	15.684.096	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.083.044	
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	6940	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 24J 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	
ITEM	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)				
1	Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, 102 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 administra on 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.				

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN 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:		RUBY MARCELA MILLAN SANCHEZ		CC:	1023911709
CORREO ELECTRÓNICO:		RUMILLAN@UAN.EDU.CO		RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 3 8 09 SUR		TELÉFONO:	3128406194
				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			
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	55488420057579
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 2558 2025	Nº CDP:	I	Nº. RP:	6940
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES	
2/01/2025		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 15684096	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 02/01/2025 AL 17/01/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		S 2.083.044			
		DOS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE			
					
RUBY MARCELA MILLAN SANCHEZ 1023911709 3128406194					

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION						CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION						FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
RUBY MARCELA MILLAN SANCHEZ							
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.023.911.709							
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 2558 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 15.684.096		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.083.044	
N° PAGO / N° DE INFORME:		N° CRP INICIAL:		6940		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO .1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068595428		OPERADOR:		SIMPLE	
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:	Nº	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICIÓN O		PRÓRROGA O	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO			
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO			
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	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 ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:			
III. POLIZAS (SI APLICA)							
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX			
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		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 (02/01/2025) AL (17/01/2025)							
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					
		MARCELA TRIVIÑO CORTES Enlace Operativo - Dirección Hospitalarios - Enfermería					



PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-22, 10:37:46 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068595428

Periodo Cotización: diciembre de 2024 Período Servicio: diciembre de 2024

PAGADO 22/01/2025

TOS DEL APORTANTE

n Social	RUBY MARCELA MILLAN SANCHEZ
mento	CC1023911709
de Empresa	INDEPENDIENTE
Persona	NATURAL
ad	BOGOTA D.C.
esentante Legal	
Afiliados	1

TALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades										Pensiones		Salud			Riesgos		Cajas			Parafiscales				Total				
Acción	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	Administradora	IBC Pension	Aporte Pension	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
1709	RUBY MARCELA MILLAN SANCHEZ	59	00													0	10,10,10,0	0	10,10,10,0	0	10,10,10,0	0	10,10,10,0	0	10,10,10,0	0	10,10,10,0	0	10,10,10,0	0	10,10,10,0

TOTALES

IC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1,519.397	\$ 1,519.397	\$ 1,519.397	\$ 0	\$ 243.200	\$ 190.000	\$ 37.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 470.300	\$ 4.500	\$ 474.800

