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 – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VER** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.704.052

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2021 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRE (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.684.800		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.869.840
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	6587	**N° CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRE (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**			N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	1. recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	2. controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado.
3	3. orientar a los familiares de los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas establecidas para cada procedimiento
4	4. realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud
5	5. notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
6	6. informar al profesional de enfermeria y/o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	7. realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
8	8. realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1995/1999, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.
9	9. cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales
10	10. responder por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil
11	11. el seguimiento de inventario se realizara en los formatos mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes
12	12. aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
13	13. realizar la desinfeccion y registro en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal y de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patologia del paciente.
14	14. reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	15. recibir y entregar al paciente con el profesional de enfermeria del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
17	17. ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
18	18. impartir educacion al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos de acuerdo a la situacion clinica del paciente.
19	19. mantener la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes
20	20. ejercer las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
21	21. realizar la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad.
22	22. recibir y entregar las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
23	23. conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
24	24. utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.
25	25. conocer y cumplir con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
26	26. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad

27	27.las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9480866563**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	12/02/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/02/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA		
OTRO	COLSUBSIDIO	12/02/2025	$ 28.500
	TOTAL PAGADO		$ 434.300

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 págo del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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 período correspondiente

GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ
CC: 52.704.052
CEL: 3005091962

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 – 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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ	**CC:**	52.704.052
		RUT (NIT):	52.704.052
CORREO ELECTRÓNICO:	ginacsivegas@yahoo.es	**TELÉFONO:**	3025091962
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 68B 39A-15	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C.

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	**( )**

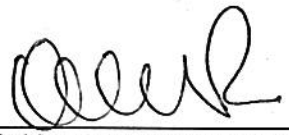
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

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**	**N° CUENTA:**	**00057089433**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 2021 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6587**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES (28) VENTIOCHO DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:10.684.800**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.869.840**
	UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE.					



GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ
C.C. 52.704.052 Bogota D.C.
cel: 3025091962

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 – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VE** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.704.052**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2021 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**			10.684.800	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	**$** 10.684.800		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.869.840**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	**N° CRP INICIAL:** 6587	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRE (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9480866563	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (0)	PRORROGA (0)
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**	**NA**	**NO**	**NA**	
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		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 (01/02/2025) AL (28/02/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO:DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PERFIL:PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52704052		RODRIGUEZ TELLEZ GINNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 78A#40-63 S	BOGOTA-BOGOTA D.E.	0000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1261454409	9480866563	I	2025/02/13	2025/02/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
1	CC 52704052	RODRIGUEZ GINNA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$28,500		0	$0	$0	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0

2025/02/12 11:15 AM

Powered by CamScanner

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 TALENTO HUMANO
FORMATO REPORTE DE NOVEDADES DE PERSONAL

CÓDIGO: AP-TH-FT-011
VERSIÓN: 07
FECHA: 2023-10-13

FECHA DE LA SOLICITUD	3/02/2025	FECHA DE LA NOVEDAD	4/02/2025
PROCESO	DIRECCION DE URGENCIAS		
SERVICIO O SUBPROCESO	REFERENCIA		
NOMBRE	DANILO OSWALDO FORERO TORRES	C.C.	79.399.077
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA		

Es importante tener en cuenta el Instructivo para el correcto diligenciamiento del Formato

1. TIPO DE VINCULACION

CARRERA ADMINISTRATIVA		PROVISIONAL	X	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN		TRABAJADOR OFICIAL		PERIODO FIJO	

2. TIPO DE PERSONAL

PERSONAL ASISTENCIAL	X	PERSONAL ADMINISTRATIVO	

3. TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR

Marque con un equis (X) en la casilla respectiva la novedad que va a reportar

	SALARIO EMOCIONAL	
1	PERMISO PERSONAL	
2	PERMISO POR CALAMIDAD	
3	PERMISO POR CAUSA MÉDICA	
4	PERMISO POR CAUSA MÉDICA FAMILIAR	
5	PERMISO POR ESTUDIO (Educación Formal)	
6	PERMISO POR DOCENCIA UNIVERSITARIA	
7	PERMISO POR INVESTIGACIÓN	
8	HORARIO FLEXIBLE	
9	DÍA REMUNERADO POR CUMPLEAÑOS	
10	DÍA REMUNERADO POR DÍA DE LA FAMILIA Especificar Periodo: Primer Semestre ☐ Segundo Semestre ☐	X
11	DÍA CÍVICO - CUMPLEAÑOS DE BOGOTÁ (6 DE AGOSTO)	
12	MEDIA JORNADA REMUNERADA POR USO DE BICICLETA	
13	TRABAJO EN CASA	
14	DESCANSO COMPENSADO (Diciembre - Semana Santa)	
15	MEDIA JORNADA TARDE DE JUEGOS	

	LICENCIA	
16	LICENCIA POR LUTO (Ley 1635 de 2013)	
17	LICENCIA NO REMUNERADA (Ley 1083 de 2015)	
18	LICENCIA DE MATERNIDAD (Ley 1822 de 2017)	
19	LICENCIA DE PATERNIDAD (Ley 2114 de 2021)	

	CAPACITACIÓN (Educación Adicional)	
20	INSTITUCIONAL	
21	ENTIDADES EXTERNAS	

	OTROS	
22	PERMISO SINDICAL	
23	DESCANSO POR VOTACIÓN	
24	DESCANSO POR SER JURADO DE VOTACIÓN	
25	OTRO Cual:	

4. MOTIVO DE LA NOVEDAD

Escriba cuáles son las causas que motivan la novedad:

5. TIEMPO EN HORAS DE LA NOVEDAD REQUERIDO

(Registre la fecha y hora en la cual tomará la novedad)

	FECHA (DD/MM/AAAA)	HORA INICIAL	HORA FINAL
1	4/02/2025	13:00	19:00
2			
3			
4			
5			

6. REQUIERE REEMPLAZO

SI	X	NO	

7. ACCIÓN TOMADA POR EL LIDER DEL PROCESO (Cuando aplique)

SE CUBRE CON PERSONAL DE OPS

8. AUTORIZACIÓN DE SOLICITUD

FIRMA DEL FUNCIONARIO	NOMBRE	DANILO OSWALDO FORERO TORRES	
	CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
VoBo JEFE INMEDIATO (Un día)	NOMBRE	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO	
	CARGO	DIRECTOR TECNICO DIRECCION DE URGENCIAS	
VoBo SUBGERENTE (Dos días)	NOMBRE		
	CARGO		
VoBo GERENTE (Tres días)	NOMBRE		
	CARGO		

Anexos:

Recibido Dirección Operativa Talento Humano _____ Número de Radicado _____