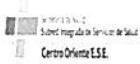
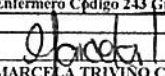
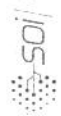


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-1A-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
DORIS HERNANDEZ RIVERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			30.350.750		
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 2542 2025		FECHA INICIO CONTRATO
					2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTR.	\$	15.684.096	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	(4) CUATRO MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	15.684.096	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	3.430.896
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	6928	Nº CDP:	1
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:
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)					
1	Se recibió y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, 168 horas para el mes de FEBRERO 2025				
2	Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.				
3	Se realizaron 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 realizó 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 la uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas,				
16	Se realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candelos 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.				
18	Se hace verificación y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.				
19	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.				
20	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.				
21	Se supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.				
22	Se realiza la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.				
23	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.				
24	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.				
25	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.				
26	Se apoyo de 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.				
27	Cuando se Requiere se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.				
28	Se realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.				
29	Se realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	4589306191		OPERADOR:	SOL	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	ADRES	3/02/2025	\$	196.700	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	3/02/2025	\$	751.100	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	3/02/2025	\$	38.300	
OTRO			\$	485.600	
TOTAL PAGADO			\$	485.600	
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 40% 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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue 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)					
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE : DORIS HERNANDEZ RIVERA					

	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: (28/02/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	DORIS HERNANDEZ RIVERA				CC:	30350750
					RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	dorisjval15@gmail.com				TELÉFONO:	3105690070
DIRECCIÓN DOMICILIO:	avenida Caracas #1-03 bloque 6 apartamento 308 Eduardo santos				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:	BANCOBOGOTA					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102569449
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 2542 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	6928	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (4) CUATRO MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/472025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 15684096	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 3.430.896					
	TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/C					
						
DORIS HERNANDEZ RIVERA 30350750 3105690070						

		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					
DORIS HERNANDEZ RIVERA					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30.350.750		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 2542 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 15.684.096		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 3.430.896	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	6928	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	(4) CUATRO MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4589306191		OPERADOR:	SOI	
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 MODIFICACION:	Nº 0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):		ADICION 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 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, <u>CERTIFICO</u> 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:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermería  MARCELA TRIVINO CORTES Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermería			


 Nely Martínez
 Enfermera
 Código 243 Grado 20



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACION: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CALLE Y NÚMERO: CIUDAD Y ESTADO: CATEGORIA: TIPO APORTANTE: FORMA DE PRESENTACION: APORTANTE EXISTENTE PAGO APORTES SALUD, SEVA E RCF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÓDIGO DE CIUDADANIA: REGISTRO DE CAPITAL: AVENIDA CASAS 3 120 APTO 208 BLOQUE 6 DE INDEPENDIENTE PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ÚNICO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS: DAS DE MORA: FECHA PAGO (señalar mes): 2025-02-20 AÑO AUTORIZACION: 2025-02-20	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES: AÑO: MES: AÑO: HABEREFICIENTES: 2025 890142147

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	VALOR	CÓDIGO	VALOR
514 (COPENSIONES)	\$ 251.100	147 (SEGUROS ESQUAR E.A.)	\$ 194.200
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
\$ 251.100		\$ 194.200	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	VALOR	CÓDIGO	VALOR
514 (COPENSIONES)	\$ 251.100	147 (SEGUROS ESQUAR E.A.)	\$ 194.200
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
\$ 251.100		\$ 194.200	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	VALOR	CÓDIGO	VALOR
514 (COPENSIONES)	\$ 251.100	147 (SEGUROS ESQUAR E.A.)	\$ 194.200
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
\$ 251.100		\$ 194.200	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	VALOR	CÓDIGO	VALOR
514 (COPENSIONES)	\$ 251.100	147 (SEGUROS ESQUAR E.A.)	\$ 194.200
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
\$ 251.100		\$ 194.200	

TOTAL \$ 485.600