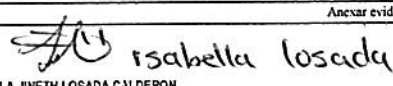
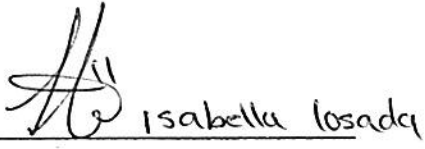


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ISABELLA JINETH LOSADA CALDERON					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,018,463,184		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 2778 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		9,794,400		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				(4) CUATRO MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		9,794,400		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1,869,840	
N° DE INFORME:		2		N° CRP:	
				7096	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		(4) CUATRO MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		I SC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° 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 presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron: 168 Horas para el mes de FEBRERO 2025				
2	Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería.				
3	Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.				
4	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.				
5	Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.				
6	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.				
7	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.				
8	Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.				
9	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.				
10	Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución.				
11	Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.				
12	Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.				
13	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.				
14	Se solicita, Alista, entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.				
15	Se cumple 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.				
16	Se recepción, la 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.				
17	Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.				
18	Se realiza limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfección terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.				
19	Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.				
20	Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.				
21	Se realiza la revision diario del inventario correspondiente al area.				
22	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.				
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.				
24	Se realizo la participacion en las reuniones y capacitaciones programadas.				
25	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.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		1069715842		OPERADOR:	
				SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SALUD TOTAL		2/7/2025	
PENSIÓN:		PROTECCIÓN		2/7/2025	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		2/7/2025	
OTRO					
TOTAL PAGADO				440,500	
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 cargo 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					
					
ISABELLA JINETH LOSADA CALDERON C.C: 1018463184 CEL: 3506629137					

 <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 GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ISABELLA JINETH LOSADA CALDERON				CC:	1018463184
CORREO ELECTRÓNICO:	LOSADACALDERONI@GMAIL.COM				RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 48 P SUR 5 H 18				TELÉFONO:	3506629137
					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 po: el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación					SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	550488448253259
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2778 2025	N° CDP:	1	N° RP:	7096	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (4) CUATRO MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9.794.400	
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)	1,869,840					
	UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE					
<div></div> <div>ISABELLA JINETH LOSADA CALDERON 1018463184 3506629137</div>						

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-10, 04:07:24 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1069715842
Período Cotización: enero de 2025 Período Servicio: enero de 2025 Referencia pago (PIN): 8822685736

PAGADO 07/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ISABELLA JINETH LOSADA CALDERON
Documento	CC1018463184
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1
Dirección	CL 48P SUR #5 H - 18 INT 9 MZ 4
Teléfono	3506629137
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	
ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	RET	RET P	TAE	TBE	TOP	VSP	COR	ASA	VAC	AVP	VCT	Dias E.P.S.	Dias A.P.	Administradores	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradores	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradores	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEVA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1018463184	ISABELLA JINETH LOSADA CALDERON	59	00												0	100	30	0	\$ 227.800	\$ 227.800	(EPS2023) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NN-CQ)NINGUNA CDF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.423.500	IBC Salud	\$ 1.423.500	IBC Riesgos	\$ 1.423.500	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 227.800	Aportes Salud	\$ 178.000	Aportes Riesgos	\$ 34.700	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 440.500	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 440.500
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------