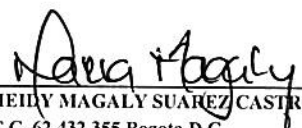
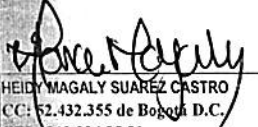


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 V1 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.432.355	
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 4852 2025	FECHA INICIO CONTRATO	14/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	7.034,160	7.034,160
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	\$	7.034,160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.003,400
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	10973
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CATORCE (14) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	NUEVA	OPERADOR:	NUEVA
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			
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICION () PRORROGA ()
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:
		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NA	NO
Nº 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/03/2025) AL (31/03/2025)			
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	
		 C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO	

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO			CC:	52.432.355	
CORREO ELECTRÓNICO:	magalymonal@gmail.com			RUT (NIT):	52.432.355	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrer 68h 39a-15 sur			TELÉFONO:	3123343581	
				CIUDAD:	BOGOTÁ 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			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)						456800069183
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4852 2025	Nº CDP:	559	Nº. RP:	10973	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS MESES (2) CATORCE (14) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 7.034.160
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 2.003.400					
DOS MILLONES TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE.						
SE REALIZARON 180 HORAS EN LA MOVIL 6280						


HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO
C.C. 62.432.355 Bogotá D.C.
cel: 312 334 35 81

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE		CÓDIGO: AP-IA-FT-077/VER 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
HEIDY MAGALY SUAREZ CASTRO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.432.355	
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 4852 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	7.034.160	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
			DOS (2) MESES Y CATORCE (14) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	7.034.160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	10973
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CATORCE (14) 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			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	
Nº 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 específicas 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 exámenes 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 enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación 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 enfermería 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 movi		
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 enfermería del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.		
16	16. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño		
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 política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan 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 el supervisor del contrato			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		NUEVA		OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		SANITAS	NUEVA	
PENSIÓN:		PROTECCION	NUEVA	
RIESGOS LABORALES:				
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 0
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 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				
 HEIDI MAGALY SUAREZ CASTRO CC: 52.432.355 de Bogotá D.C. CEL: 312 334 35 81				



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Heidy Magaly Suarez Castro, identificado(a) con CC número 52432355, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52432355
NOMBRES Y APELLIDOS	Heidy Magaly Suarez Castro
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	11/01/1977
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2014
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	279 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	1184 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	08/10/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52432355 Trabajador Independiente
Desde 08/10/2015 - Vigente

Generado por interfaces

10/03/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) SUAREZ CASTRO HEIDY MAGALY identificado(a) con CC número 52.432.355 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2005 y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99

Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000

www.proteccion.com

2025031012423

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 03 FECHA: 2023-03-17	
LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE			
SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE		<u>SUEA</u> NOMBRE ARL	
A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION		<u>SUEA</u> NOMBRE ARL	
CC-CEDULA DE CIUDADANIA		<u>52 432 355</u>	
TIPO DE DOCUMENTO		CC Numero de Documento	
<u>HEIDY</u> Primer Nombre	<u>MAGALY</u> Segundo Nombre	<u>SUREZ</u> Primer Apellido	<u>CASTRO</u> Segundo Apellido
<u>11 - ENERO - 1977</u> Fecha de Nacimiento	<u>BOGOTA</u> Ciudad de Residencia	<u>CRA 68h #39A 15 SUR</u> Dirección de Residencia	
<u>SANITAS EPS</u> EPS - Salud	<u>PROTECCION</u> AFP - Pensiones	<u>\$</u> Honorarios	
<u>AUXILIAR DE ENFERMERIA</u> Perfil/ Profesión	<u>magalymonari@gmail.com</u> Correo Electrónico	<u>312 334 3581</u> Celular	
<u>MAGALY SUREZ C.</u> Firma del Afiliado			
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011			

