

		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 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 ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.285.250			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (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 2764 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 7.403.520		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 7.403.520		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.024.400	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
				4862	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2L V HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
				0	
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 (S) 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)					
ITEM					
1	Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato.				
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 la 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 cumulo 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 recepciona, 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 realizo limpieza recuente entre semana y fines de semana desinfeccion 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 clinica 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 realizo la revision diaria 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 hidrometria del servicio.				
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.				

24	Se realizó la participación en las reuniones y capacitaciones programadas.	
25	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candeleros 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:	9482333938	OPERADOR: APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	11/03/2025 \$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	11/03/2025 \$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/03/2025 \$ 34.700
OTRO	CCF	11/03/2025 \$ -
TOTAL PAGADO		\$ 440.500
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 ítem se calculó 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, pensión, 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 periodo correspondiente		
<div>Adriana Sanabria</div> <div>ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ C.C: 52285250 CEL: 3112587311</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: (31/03/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ				CC:	52285250
CORREO ELECTRÓNICO:	adrisanabria1922@gmail.com				RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 44 77 37 SUR				TELÉFONO:	3112587311
					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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	040-000057-69
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2764 2025	N° CDP:	1	N° RP:	4862	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 7403520	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 2.024.400					
DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE						
<div>Adriana Sanabria</div> <div>ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ</div> <div>52285250</div> <div>3112587311</div>						

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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 ADRIANA STELLA SANABRIA MARTINEZ NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.285.250			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (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 2764 2025	FECHA INICIO CONTRATO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$		7.403.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3	Nº CRP INICIAL:
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9482333938	OPERADOR:
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA	
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2L V HOSPITAL LA VICTORIA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
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	XX
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 a 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 1/03/2025 al 31/03/2025			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermera Código 243 Grado 20	
		WENNY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Dirección Hospitalarios - Enfermería	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Cludad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 5226250		SANABRIA MARTINEZ ADRIANA STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 44 # 77 37 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112587311	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02		1328054244	9482233938	1	2025/03/13	2025/03/11	NEQUI	0	\$440,500
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL			1	1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																					
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF													
CC 52285250		SANABRIA MARTINEZ ADRIANA STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 44 # 77 37 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3112537311	No													
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																					
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago													
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor												
2025-02	2025-02	1328054244	9482333938	1	2025/03/13	2025/03/11	NEQUI	0	\$440,500												
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			
				Sucursal Principal (1 Afiliados)																	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,423,500			\$227,800						\$1,423,500			\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)							\$1,423,500			\$227,800						\$1,423,500			\$0		
1	CC 52285250	SANABRIA ADRIANA	230201	30		\$227,800	EP5002	30		\$178,000		0		\$0	50	14-11	30	\$0			
Total Afiliados(1)							\$1,423,500			\$227,800						\$1,423,500			\$0		