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 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

LEIDY JOHANNA PEREA YANQUEN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.882.045				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 2280 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02/01/2025	
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:			$ 2.604.420
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	6786	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	(4) CUATRO MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ESE HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		*MATERNAL Y CRANE MEDICOS - ENFERMERO CODIGO 365 GRADO 20*			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS	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:	
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 PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato
2	Realizar actividades propias del cuidado de Enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de Enfermeria y demás actividades que se deriven del proceso de Enfermeria
3	notificar 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 clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada
5	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermeria integral del paciente.
6	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos 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 politica institucional de humanización.
10	Mantener la reserva y confidencialidad de la información clinica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolucion 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institución.
11	Realizar asesorias pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clinica, 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	. notificar casos nuevos (si vigila)
14	. promover, participar en jornadas de tamizaje de población en riesgo, en las diferentes unidades y servicios; realizando registros estadisticos de las asesorias para los informes mensuales.
15	. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.
16	. solicitar, alistar, entregar, custodiar y retornar limpieza y desinfección del instrumental según el area que corresponda teniendo en cuenta el manual de esterilización institucional.
17	. prestar sus servicios como auxiliar de Enfermeria, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. realizando actualización de bases de datos y informes para entrega según fechas estipuladas por la sub red para seguimiento y monitoreo de cohortes., asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, y demás procedimientos, dentro de los parámetros de calidad, definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guias y protocolos definidos por la subred.
18	cumplir 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,
19	. realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clinicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato
20	apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e
21	. organizar el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno.
22	ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas
23	velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
24	. responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirúrgica para la elaboración de paquetes teniendo en cuenta las tareas da
25	. diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio.
26	dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas.
27	. apoyar el cumplimiento obligatorio de garantía de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio. contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9482264681	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	12/03/2025	$ 237.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/03/2025	$ 34.700
OTRO	0	0	$
TOTAL PAGADO			$ 449.500

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 ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos percibidos 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 escop 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: LEIDY JOHANNA PEREA YANQUEN
C.C 1023882045
TEL:3007808620

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** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY JOHANNA PEREA YANQUEN	**CC:**	1023882045
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	LEIDYPEREA0623@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3007808620
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 6B ESTE #31-35 SUR	**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:	DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	488415321592
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)

Nº DEL CONTRATO:	PS 2280 2025	**Nº CDP:**	1	**Nº. RP:**	6786	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (4) CUATRO MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**02/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9794400**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.604.420 DOS MILLONES SEISCIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					

LEIDY JOHANNA PEREA YANQUEN
1023882045
3007808620

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-LA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

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

LEIDY JOHANNA PEREA YANQUEN

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.023.882.045

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 2280 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	01/02/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.794.400			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.604.420
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP INICIAL:**	6786	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	(4) CUATRO MESES				

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482264681	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
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 MODIFICACIÓN:	Nº 0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				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 POLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA POLIZA	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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO 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:	NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria MARCELA TRIVIÑO CORTES Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023882045		PEREA YANQUEN LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSV 69 N 68 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	133141630G	94822264681	I	2025/03/12	2025/03/12	BANCO DAVIVIENDA	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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/03/12 12:42 PM