| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>APOYO GESTION DE CONTRATACIÓN<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | CODIGO: AP LA FT 077<br>VERSION: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

# MIRYAM CHACON CAMACHO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 28.469.463 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOSTECNICOS 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 4805 2025 | | | FECHA INICIO CONTRATO | 10/02/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 6.611.220 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | | DOS (2) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 6.611.220 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.671.200 - |
| **Nº DE INFORME:** | 1 | Nº CRP: | | Nº CDP: | 426 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | DOS (2) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES: | ESE HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| *NOMBRE DEL SUPERVISOR:* | *NATHALY DIAZOR SALAZAR - ENFERMERO COORD ESPECIALIZADO* | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 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: | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº DE POLIZA:** | 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**

| ITEM | **(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 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 enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud. ( recibo y entrega de turno, actividades de enfermeria y demás actividades que se deriven del proceso de enfermeria. |
| 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 Enfermeria 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 cumplio 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 patologia. |
| 16 | Se recepciona, la 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 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 rocurrente 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 realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas |
| 25 | Se Realiza cumplimento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de segundad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado |

**V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| *SALUD:* | *COMPENSAR* | | |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | | |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | | |
| **OTRO** | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | |

**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, etc)
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 actualado contrato.

**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

**MIRYAM CHACON CAMACHO**
**28.469.463**
**CEL: 323 2048252**

28469463

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | MIRYAM CHACON CAMACHO | **CC:** | 28469463 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | isabel71974@hotmail.com | **TELÉFONO:** | 3232049252 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | TRV 4 B # 3-64 SOACHA | **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 | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **570450770030465** |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 4805 2025 | **N° CDP:** | 426 | **N°. RP:** | | *PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS* **PRORROGAS : DOS (2) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **10/02/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 6611220** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **2.671.200** |
| | DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS M C/TE | | | | | |

28469463

**MIRYAM CHACON CAMACHO**
**28469463**
**3232049252**

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

## MIRYAM CHACON CAMACHO

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 28.469.463**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOSTECNICOS 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 4805 2025** | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **10/02/2025** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 6.611.220 | | | **VALOR DE HONORARIOS** *PERÍODO A CERTIFICAR:* | **$ 2.671.200** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 1 | **N° CRP INICIAL:** | | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 426 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | | | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |
| **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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° 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)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° 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 **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<br>**Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria**<br><br>MARCELA TRIVIÑO CORTES<br>**Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria** |

Maryeth Martinez

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **11/03/2025**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MIRYAM CHACON CAMACHO** con **Cédula de Ciudadanía** número **28469463**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570450770030465** |
| Fecha de apertura | **27/01/2006** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

ARL | sura

Medellín, 11 de marzo de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MIRYAM CHACON CAMACHO identificado(a) con C28469463 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C284694632507029607

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13

compensar | salud eps

## EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
## COMPENSAR
## NIT 860.066.942-7

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MIRYAM CHACON CAMACHO identificado(a) con Cedula Ciudadania 28469463, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20250224 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Marzo de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28153870

CER-AFI

VIGILADO

Vigilado Supersubsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MIRYAM CHACON CAMACHO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **28469463,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de marzo de 2025.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.