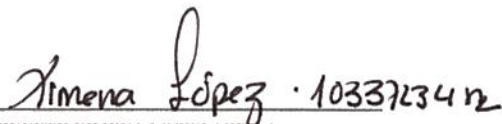
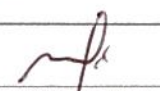
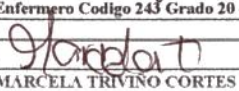


 MINISTERIO DE SALUD Sistema Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.033.723.412		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (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 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4902 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 11.082.339		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 11.082.339		DOS (2) MESES Y CATORCE (14) DIAS	
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y CATORCE (14) DIAS		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA		447	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
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 recibió y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.			
2		Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.			
3		Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.			
4		Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.			
5		Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.			
6		Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente.			
7		Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.			
8		Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.			
9		Participo en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso.			
10		Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.			
11		Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.			
12		Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.			
13		Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.			
14		Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred.			
15		Doy 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,			
16		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.			

17	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.	
19	Se hace verificación y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.	
20	Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería.	
21	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.	
22	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.	
23	Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.	
24	Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E	
25	cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite.	
26	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.	
28	Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.	
29	cuando se Requiere se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.	
30	se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.	
31	Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:		MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	COMPENSAR	VALOR PAGADO
PENSIÓN:	PORVENIR	
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, 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		
GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA C.C: 1033723412 CEL: 3133570234 <i>Ximena Lopez</i> 1033723412		

		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:		GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA		CC:	1033723412
CORREO ELECTRÓNICO:		x.lopezardila@gmail.com		RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CRA 19 A 55-10 SUR		TELÉFONO:	3133570234
				CIUDAD:	BOGOTÁ
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:	570105577
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)					
Nº DEL CONTRATO:	P5 4902 2025	Nº CDP:	447	Nº RP:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y CATORCE (14) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 11082339	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5,023,812				
CINCO MILLONES VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE					
 GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA 1033723412 3133570234					

		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-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.033.723.412					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (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 4902 2025 ✓		FECHA INICIO CONTRATO	17/02/2025 ✓
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	11.082.339	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$	5.023.812 ✓
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1 ✓		Nº CRP INICIAL:	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	447 ✓
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CATORCE (14) DIAS ✓				
Nº 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					
Nº DE MODIFICACION:	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. PÓLIZAS (SI APLICA)					
Nº 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					
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>					
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 Código 243 Grado 20 - Referente Enfermería			
		 MARCELA TRIVINO CORTES Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermería			

Nathaly Duque Salazar
 Enfermera
 U.C.S.



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
Subred centro oriente**

11/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **GINNETH LOPEZ** con Cédula de Ciudadanía número **1033723412**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número 0570000570105577
Fecha de apertura 15/10/2013

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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 GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA identificado(a) con C1033723412 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:C10337234122507030915

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.723.412**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LAURA TATIANA SUAREZ BASABE identificado(a) con Cedula Ciudadania 1032458676, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'OUTSOURCING SERVICIOS INFORMATICOS S A' NIT 800211401, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20231201	20250131

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 multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28154406

CER-AFI