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

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

AZUCENA BUITRAGO LEYTON					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.290.580				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGARDA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1111 2025	FECHA INICIO CONTRATO	1/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.934.208	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	4 (MESES)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.934.208	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.921.566		
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	4499	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5BP CENTRO DE SALUD BRAVO PAEZ				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES 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:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACIÓN:		NA	

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	se desarrollaran las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de MARZO del 2025
2	Se realizo la toma al 100 % de los paciente al mes de MARZO 2025
3	Se realizo la preparación al 100% de los pacientes asignados al mes de MARZO2025
4	El 100% de las actividades derivada del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras del mes MARZO 2025
5	Se realizo el reporte de susceso de seguridad identificados del mes MARZO 2025
6	Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo del trabajo del mes de MARZO 2025
7	Se realizo revision de las historias clinicas de los pacientes asignados al 100 % del mes de MARZO 2025
8	Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo del trabajo del mes de MARZO2025
9	Se realizo revision de las historias clinicas de los pacientes asignados al 100 % del mes de MARZO 2025
10	Se garantizo el cumplimiento d ellas actividades programadas del mes de MARZO 2025
11	Se realizo la revisión diaria del inventario correspondiente al area en el mes de MARZO 2025
12	Se realizaron las actividades contractuales teniendo en cuenta los institucionales relacionados con los procesos de enfermeria en el mes de MARZO 2025
13	Se realizo la participación en las reuniones programadas para el mes de MARZO 2025
14	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfección rutinaria y terminal en la unidad del paciente asi como las diferentes areas del servicio durante el mes de MARZO 2025
15	Se realizo la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes que requirieron la necesidad de la toma en el mes de MARZO 2025
16	Se realizo la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de dependencia de enfermeria conservando las precauciones establecidas en el mes de MARZO 2025
17	Se realizo el control de liquidos adminsitrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados al mes de MARZO 2025
18	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades del mes de MARZO 2025
19	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanización a los apcientes asignados en le mes de MARZO 2025 reporte de PQR relacionado con la prestación de mi
20	Se garantizo la educacion e información al 100% de los pacientes asignados incluidos en su familia en el mes de MARZO 2025
21	El 100% de las actividades realizadas a los pacientes asignados se realizaron teniendo en cuenta las competencias tecnicas del mes de MARZO 2025
22	El 100% de las actividades realizadas a los pacientes asignados se realizaron teniendo en cuenta las competencias tecnicas del mes de MARZO 2025
23	186 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1070303505	OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR	10/03/2025	$	178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/03/2025	$	227.800	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/03/2025	$	34.700	
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 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Azucena Buitrago

AZUCENA BUITRAGO LEITON
CC:52290580
CEL:3125314153

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	AZUCENA BUITRAGO LEYTON	**CC:**	52290580
		RUT (NIT):	52290580-2
CORREO ELECTRÓNICO:	buitragoazucena6@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3125314153
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA8D N°76B 52 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

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0006800915230**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1111 2025**	**N° CDP:**	1	**N°. RP:**	4499	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $7.934.208**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.921.566**
	UN MILLON NOVECIENTOSVEINTIUN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS					

Azucena Buitrago Leyton

AZUCENA BUITRAGO LEITON
C.C: 52290580
cel:3125314153

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

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**Azucena Buitrago Leyton**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.290.580**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGARDA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1111 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.934.208				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.934.208		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.921.566
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP INICIAL:**	4499	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070303505		**OPERADOR:**		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIOS AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO SALUD BRAVO PAEZ				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACION:	0	**TIPO DE MODIFICACION (ADICIÓN – PRORROGA):**			0		0
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**				**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**				**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**				**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**				**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**				**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**				**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**				**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	XX	
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		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:

:CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
CARGO:
DIRECTOR AMBULATORIOS

VoBo Jorge Stella 4/3.

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
EDISON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL:
ENLACE DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-10, 12:02:41 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1070303505

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8854825840

PAGADO 10/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AZUCENA BUITRAGO LEYTON		
Documento	CC52290580	**Dirección**	CR 80 #76 B - 52 SUR APTO 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3224578844
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días APS	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administrador	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administrador	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administrador	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	
CC 52290580	AZUCENA BUITRAGO LEYTON	59	00																	0	30	30	0	25-141 COLPENSIONES	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS018) COMPENSAR EPS	$ 1,423,500	$ 178,000	2.436	$ 1,423,500	$ 34,700	(ND-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,423,500	$ 1,423,500	$ 1,423,500	$ 0	$ 227,600	$ 178,000	$ 34,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,500	$ 0	$ 440,500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446534 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario, Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.