180
h

	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					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							
ISABELLA GARCIA GONZALEZ							
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:					1.022.943.366		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2056 2025		FECHA INICIO		2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	10.684.800	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES MESES (3) VENTIOCHO (28) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	10.684.800		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.003.400	
Nº DE INFORME:	4		Nº CRP:	6618	Nº CDP:	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES MESES (3) VENTIOCHO (28) DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	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:	
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI			NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:			N/A	

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	**SE DESARROLLAN ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN LA UNIDAD SAN BLAS TOTAL DE HORAS 180**
2	Recibí y entrego turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
3	Realicé toma de signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado.
4	Orienté a los familiares de los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas establecidas para cada procedimiento
5	Realicé actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud
6	Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
7	Informé al profesional de enfermeria y/o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
8	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
9	Realicé registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1995/1999, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.
10	Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales
11	*Realicé por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil*
12	Realicé seguimiento de inventario y se realizara en los formatos mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes
13	Apliqué, acato y cumplo con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
14	Realicé la desinfeccion y registro en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal y de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patologia del paciente.
15	Repucé en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
16	Recibí y entrego al paciente con el profesional de enfermeria del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
17	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
18	Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
19	Impartí educacion al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos de acuerdo a la situacion clinica del paciente.
20	Mantuve la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes
21	Ejercí las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
22	Realicé la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad.
23	Recibí y entrego las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.

24	Conocí y cumplo la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
25	Utilicé el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.
26	Conocí y cumplo con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
27	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
28	Cumplí Las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9484155158**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**10/04/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**10/04/2025**	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 405.800**

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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente:

ISABELLA GARCIA GONZALEZ
CC: 1.022.943.366
CEL: 322 735 34 07

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: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ISABELLA GARCIA GONZALEZ	**CC:**	1.022.943.366
CORREO ELECTRÓNICO:	GOZALEZ_ISA_1@HOTMAIL.COM	**RUT (NIT):**	1.022.943.366
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 22A SUR 1A-42	**TELÉFONO:**	322 735 34 07
		CIUDAD:	BOGOTA D.C.

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	**( )**

a 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

egimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de s 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:**	**0550488410445982**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2056 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6618**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MES Y VENTIOCHO (28) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 10.684.800**
RIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR RRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.003.400**
	DOS MILLONES TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE.					

ELLA GARCIA GONZALEZ
.022.943.366 Bogotá D.C.
22 735 34 07

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-IA-FT-078 VE** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**ISABELLA GARCIA GONZALEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.022.943.366**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2056 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	$ 10.684.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.003.400**		
N° PAGO / N° DE INFORME:	4	**N° CRP INICIAL:**	6618	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES MESES (3) VENTIOCHO (28) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484155158	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	NA	**NO**	NA	
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		NA	

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 (01/04/2025) AL (30/04/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Johon Jairo Rodriguez A CC 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PROFEIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20**

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022943366		GARCIA GONZALEZ ISABELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 24a #1-95sur	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
2025-03	2025-03	1401574620	9484155158	I	2025/04/15	2025/04/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$405,800

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$405,800	$0	$0	$405,800

2025/04/10 10:00 AM