| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | **1.026.305.568** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1142 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 7.686.264** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **SEIS MESES (6)** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 8.678.040** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 2.169.510** |
| **Nº DE INFORME:** | **Nº 4** | **Nº CRP:** | **5874** | **Nº CDP:** | **1** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **SEIS MESES (6)** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **ELIANA MARCELA BORDA VARGAS (LIDER UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA)** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 1 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 991.776** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES |

**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 |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cornograma para el mes de Abril de 2025 |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermeria y protocolo institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clinica digital. Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados al mes de Abril de 2025 |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida. Segun normas establecidas para cada procedimiento Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados al mes de Abril de 2025 |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras al mes de Abril de 2025 |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte mes de Abril de 2025 |
| 6 | Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermeria integral del paciente.Se realiza la revisión de las historias clinicas del 100% de los pacientes asignados en el mes de Abril de 2025 |
| 7 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. Se garantizo el proceso de limpieza y desinfección, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de Abril de 2025 |
| 8 | Se realizan 210 horas |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9484212820** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **EPS SANITAS** | **9/04/2025** | **$ 178.000** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **9/04/2025** | **$ 227.800** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SEGUROS BOLIVAR** | **9/04/2025** | **$ 34.700** |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 440.500** |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrolle 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 periodo correspondiente

Kimberly Camacho

KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ
CC: 1026305568
CEL: 3173993863

| | | |
|---|---|---|
| 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** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | | | |
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ | | | **CC:** | **1026305568** |
| | | | | **RUT (NIT):** | **1026305568-7** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | danielasubredco@gmail.com | | | **TELÉFONO:** | **3173993863** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | Dg 3b 7A 10 Este | | | **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 titulo 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. | | | | | |
| **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 Regimen Simple de Tributación | | | | SI ( ) | **NO ( X)** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **14100000332** |
| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | |
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1142 2025** | **N° CDP:** | **1** | **N°. RP:** | **5874** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 6 MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/06/2025** | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 8.678.040** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025** | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | **2.169.510** |
| | **DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS MCTE** | | | | |

Kimberly Camacho.

**KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ**
**C.C 1026305568**
**cel: 3173993863**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.026.305.568** | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **PRESTAR SERVICIOTECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 1142 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | | **$** | | | **7.686.264,00** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 8.678.040,00** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 2.169.510,00** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **(4 de 4)** | **N° CRP INICIAL:** | 5874 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 1 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | **(6) SEIS MESES** | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | **9484212820** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | | **AMBULATORIOS** | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | **4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA** | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | **ELIANA MARCELA BORDA VARGAS (LIDER UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA)** | | | |
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | **N° (1 )** | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | **ADICION ( 1 )** | **PRORROGA ( 1 )** |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 991 776 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **RP DE LA ADICIÓN:** | **TIEMPO PRORROGADO:** | (2 MESES ) |
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | **N/A** | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | **N/A** | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | **N/A** | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | **N/A** | |

**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:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**ELIANA MARCELA BORDA VARGAS**<br>**CARGO:**<br>**LIDER UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**EDISON SANCHEZ QUINTERO**<br>**PERFIL:**<br>**ENLACE DIRECCIÓN AMBULATORIOS** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1026305568 | | CAMACHO RODRIGUEZ KIMBERLY DANIELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DIAGONAL 3b No 7a 10 este | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5125060 | 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 | 1398812382 | 9484212820 | I | 2025/04/15 | 2025/04/09 | BANCOLOMBIA | 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 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 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** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1026305568 | | CAMACHO RODRIGUEZ KIMBERLY DANIELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DIAGONAL 3b No 7a 10 este | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5125060 | 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 | 1398812382 | 9484212820 | I | 2025/04/15 | 2025/04/09 | BANCOLOMBIA | 0 | $440,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Dias | Exonerado SENA e ICBF |
| 1 | CC | 1026305568 | CAMACHO RODRIGUEZ KIMBERLY DANIELA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | EPS005 | 30 | | 0 | 14-7 | 30 | 0 | No |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |