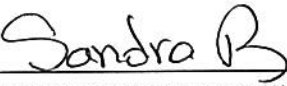
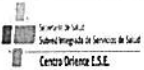


 <div>Sistema de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y SANDRA CONSTANZA BLANDON PALACIO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			40.775.425		
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2453 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 17.971.360		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 24.547.244		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 4.288.620	
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
				6873	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DÍAS		Nº CDP:	
				1	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.575.884		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1265	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		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 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 prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato. 210 Horas para el mes de Mayo 2025			
2		Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.			
3		Se verificó de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.			
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		Participe 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 Requiera 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:	86572199
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS
PENSIÓN:	COLPENSIONES
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA
OTRO	CCF
TOTAL PAGADO	\$ 517.500
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 ibe 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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scocp 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	
SANDRA CONSTANZA BLANDON PALACIO C.C: 40775425 CEL: 3138512358	

	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: (31/05/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA CONSTANZA BLANDON PALACIO	CC: 40775425
CORREO ELECTRÓNICO:	SANDIBLANDON72@GMAIL.COM	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6 SUR 7A 21	TELÉFONO: 3138512358
		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 Nº CUENTA: 456070038181
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 2453 2025	Nº. CDP: 1265 Nº. RP: 15408 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 MESES Y 28 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/06/2025 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 24547244
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 4.288.620	
	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE	
 SANDRA CONSTANZA BLANDON PALACIO 40775425 3138512358		

		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					
SANDRA CONSTANZA BLANDON PALACIO					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40.775.425					
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 2453 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				02/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 24.547.244		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				S 4.288.620	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:	
				6873	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		86572199		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		S 6.575.884		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1265	
VALOR ADICIONADO				RP DE LA ADICIÓN:	
				15408	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				XX	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 1/05/2025 al 31/05/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20			
		WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria			

TOTALES POR SUBSISTEMAS**TOTALES PENSIÓN**

OS LABORALES

TOTALES CAJAS**TOTALES PARAFISCALES****TOTALES POR SUBSISTEMA/**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	40775425	SANDRA CONSTANZA BLANCON PALACIO		Cll 6 bis n 90a 49	3158512358	sandiblanco72@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
PERIODO SALUD					
2025-04	2025-04	I	13/05/2025	86572199	\$517.500

ETALLE POR COTIZANTE

[illegible]