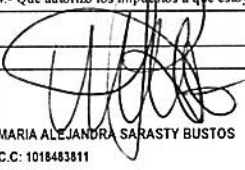


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
MARIA ALEJANDRA SARASTY BUSTOS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,018,483,811		
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 2650 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 17,971,360		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 22,055,760		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3,675,960	
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
				4842	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES Y 29 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
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		\$ 4,084,400		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1265	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15507	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
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 PERIODO, 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. 180 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		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 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:	9484774170 #	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	13/05/2025	\$	189,800
PENSIÓN:	PORVENIR	13/05/2025	\$	243,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/05/2025	\$	37,100
OTRO	COLSUBSIDIO	13/05/2025	\$	30,500
TOTAL PAGADO				\$ 500,400

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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, 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	
 MARIA ALEJANDRA SARASTY BUSTOS C.C: 1018483811 CEL: 3208782943	



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:	MARIA ALEJANDRA SARASTY BUSTOS	CC:	1018483811
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIASARASTYBUSTOS@GMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 73 75A 40	TELÉFONO:	3208782943
		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 ()

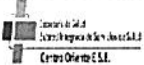
NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	53984311
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2650 2025	N°. CDP:	1265	N°. RP:	15507	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 MESES Y 29 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 22055760
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 3,675,960					
	TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ✓					

MARIA ALEJANDRA SARASTY BUSTOS
1018483811
3208782943

		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					
MARIA ALEJANDRA SARASTY BUSTOS					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.018.483.811					
I. INFORMACIÓN 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 2650 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
01/01/2025					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 22,055,760		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
\$ 3,675,960					
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:	
4842				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
1					
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		5 MESES Y 29 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9484774170		OPERADOR:	
APORTES EN LINEA					
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 MODIFICACIÓN:		Nº 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
Nº 1					
VALOR ADICIONADO		\$ 4,084,400		CDP DE LA ADICIÓN:	
1265				RP DE LA ADICIÓN:	
15507				TIEMPO PRORROGADO:	
DOS (2) MESES					
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
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. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
DD/MM/AAAA		XX		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 Codigo 243 Grado 20			
		WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria			

Handwritten signature and stamp of Nataly Duque Salazar, Enfermero Codigo 243 Grado 20.

Resumen General de Pago

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	IBC	Aporte	
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$7,511,112	\$241,800							\$1,511,112	\$36,900	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,511,112	\$241,800							\$1,511,112	\$36,900	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)										\$1,511,112	\$241,800							\$1,511,112	\$36,900	\$0	
1	CC	1016403811	SARASTY MARIA	230301	30	\$1,511,112				\$188,900	EP5000	30	\$1,511,112	\$241,800	CP72	30	\$1,511,112	\$36,900	30	\$0	
Total Afiliados(1)										\$1,511,112	\$241,800							\$1,511,112	\$36,900	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1018483811		SARASTY BUSTOS MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 73 75A 40	BOGOTÁ-BOGOTÁ 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
2025-04	2025-04	1478579674	9484774170	1	2025/05/06	2025/05/13	BANCO AV VILLAS	7	\$500,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$241,800	\$1,200	\$0	\$243,000
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$241,800	\$1,200	\$0	\$243,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$36,900	\$200	\$0	\$37,100
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$36,900	\$200	\$0	\$37,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$30,300	\$200	\$0	\$30,500
COLSUBSIDIO		CCF22	860,007,336	1	1	\$30,300	\$200	\$0	\$30,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$188,900	\$900	\$0	\$189,800
COMPENSAR		EPS008	860,066,942	7	1	\$188,900	\$900	\$0	\$189,800
TOTAL					1	\$497,900	\$2,500	\$0	\$500,400

