SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION 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

ISLENA IDARRAGA TORRES

	CON C.C Nº **39.658.029**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO (A) PROFESIONAL 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 1865 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		[illegible]
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.360.640	**PLAZO INICIAL**	CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.040.960		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.340.160**
Nº DE FOLIOS:	5	**Nº CRP:**	4614	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD DE PRESTACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ESE HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	8.680.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1267	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15281	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE POLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA POLIZA:	N/A	**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	Realizar valoración de pertinentes del servicio de cuidado crítico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientados al mejoramiento de la salud del paciente
2	Brindar una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realice la evolución escrita de los pacientes valorados ,así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizado de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion
3	Prestar los servicios asistenciales respetando la autonomía Institucional de la SUBRED , su vision, misión, estructura organica, reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios.
4	Realizar las actividades asistenciales segun las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido
5	Orientar al usuario y su familia sobre la condicion clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al procedimiento institucional de entrega de información
6	Garantizar que los procedimientos e intervenciones desarrolladas queden registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información (Historia Clínica Gerencial Hospitalaria), de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiere, estos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación.
7	Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplico lo dispuesto en la Ley de etica médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional
8	Suministrar todas las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
9	Realice conceptos médicos que se requirieron, de conformidad a mi especialidad, realice resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me fueron solicitados. Además se diligencio el formato de entrega de turno correspondiente. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido
10	Las registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la misma se realizó. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizandome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
11	La confidencialidad de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clínica en los terminos de la Resolución 1995/1999
12	Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación del servicio a la Subred
13	Se utilizaron con propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y con retiradas de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera mantenimiento preventivo o correctivo.
14	Me hice cargo de la carga ancargada cuando hay algun suceso con los equipos que se encuentran dentro del servicio.
15	Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demás actividades demarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad
16	Participación activa en las actividades del servicio
17	Participe en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
18	Participe en actividades y jornadasa programadas por la SUBRED
19	Participe en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio
20	Realice el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio
21	Participe en sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participo en los análisis a los que fue convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio
22	Actualice la página de seguridad del paciente eventos de seguridad
23	Diligencie y reporte oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
24	Participe en actividades academicas del servicio, así como las convocadas desde gestion del conocimiento
25	Socialice a la comunidad al momento de dar información medica así como al alta hospitalaria con la activacion de las RIAS
26	Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fue convocado.
27	Informe oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones

28.	Mantuvo comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificacion de cumplimiento de actividades y obligaciones
29.	Se cumplió oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
30.	Se atendió la inscripción
31.	Usó diario el carnet de identificación en la institución
32.	Se cumplió la programación de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato. Las novedades también fueron gestionadas
33.	En caso que se participa en investigaciones

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	86036814	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	12/05/2025	$ 217.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/05/2025	$ 278.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	12/05/2025	$ 42.400
OTRO:			
TOTAL PAGADO			$ 538.400

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que cumplí con 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 adjunte certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3.- Que el ajuste y 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

ISLENA BARRAGA TORRES
CC:1090680029
CEL:3212475903

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: (31/05/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**ISLENA IDARRAGA TORRES**	**CC:**	39658020
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	islenaidarraga2015@gmail.com	**TELÉFONO:**	3212475900
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 38A SI 27	**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 articulo 1.2.4.1.6 y paragrafo 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 ciertos ítems 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 DE BOGOTA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102631405**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1865 2025**	**N° CDP:**	**1267**	**N°. RP:**	**15281**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**$ 26.040.960**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 4.340.160** **CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL CIENTO SESENTA PESOS MCTE**					

ISLENA IDARRAGA TORRES
39658020
3212475900

	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	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					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**ISLENA IDARRAGA TORRES**		
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**39.658.029**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO (A) PROFESIONAL 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 1865 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	13.020.480				
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.700.800		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.340.160**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(5 de 5)	**Nº CRP INICIAL:** 4614		**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO	SEIS (6) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	86036814		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN: 1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**			1	1
VALOR ADICIONADO 8.680.320	**CDP DE LA ADICIÓN:** 1267	**RP DE LA ADICIÓN:** 15281		**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
Nº DE POLIZA: NA		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA POLIZA NA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE HACE CONSTAR 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 (01/05/2025) AL 31/05/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39658023	ISLENA IDARRAGA TORRES	carrera 38A No. 54-31 sur	3212475900	islenaidarraga2023@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	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86036814	$538.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	217.100	0		0		0	3	500	0	217.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	277.800	0	0	0	0	3	600	0	278.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.300				42.300	3	100	42.400			423	42.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	217.100	217.600
Pensión	1	277.800	278.400
Riesgos Laborales	1	42.300	42.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	537.200	538.400

Este documento está clasificado como DE USO por parte de Compensar Operación de Información