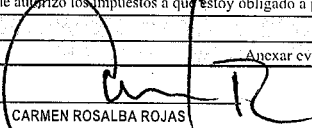


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
CARMEN ROSALBA ROJAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.045.545		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO 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 1766 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	16.487.680	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				TRES (3) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	20.384.768	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.484.896	
N° DE INFORME:		5		N° CRP:	
				6376	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS				N° CDP:	
				1	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SAÚL ARDILA DURAN			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		I		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		3.897.088		ADICIONES	
				I	
				PRORROGAS	
				I	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				NA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)					
ITE M					
1		Porta el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas.			
2		Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.			
3		Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.			
4		Conoce y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.			
5		Apoya a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales.			
6		Participa en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área.			
7		Informa al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.			
8		Atiende a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, cálida y respetuosa			
9		Desarrolla las actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. También desarrollar actividades de capacitación al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, cuando sea necesario.			
10		Cumple la programación mensual de actividades.			
11		Notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participar en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, resultado del análisis realizado. integral del presente contrato			
12		Emite conceptos de conformidad con sus actividades profesionales.			
13		Soporta de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales.			
14		Custodia y responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.			
15		Ingresa al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional.			
16		Verifica la programación quirúrgica del quirófano al que fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación.			
17		Solicita y registrar correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada procedimiento.			

18	Solicita a la farmacia las suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia nuevamente.
19	Se realiza la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quirófano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato correspondiente, para poder trasladar en ellos todos los dispositivos, equipos y demás material estéril necesario para realizar cada procedimiento.
20	Responde la lista de chequeo de cirugía segura, vocada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar cada procedimiento.
21	Se Presenta al paciente e informarle sobre su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento.
22	Vela por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico así como por la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía.
23	Verifica el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptables, rechazar los elementos según corresponda.
24	Revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización, por medio del circulante de enfermería, conservando el rótulo de marcado proveniente de la central.
25	Cuenta en voz alta en conjunto con el auxiliar el material médico quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como: gasas, compresas, agujas de
26	Durante el procedimiento informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento.
27	Contar en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad.
28	Participa activamente en el procedimiento quirúrgico.
29	Se informar al cirujano tratante el resultado del recuento para poder realizar cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la información en la hoja de seguridad, antes de firmar. Entregar las piezas anatomopatológicas al auxiliar de enfermería para su debido envío a estudio, informando en voz alta el nombre de la muestra, medio de preservación y el destino de la muestra. Posteriormente, verifique el correcto registro en la hoja de verificación.
30	Terminado el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado, abrir las pinzas con excepción de las pinzas de campo y aplicar detergente enzimático y tapar el contenedor.
31	Traslada el contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de esterilización, esperar a que el auxiliar del servicio de esterilización realice el conteo respectivo y registrar en el libro correspondiente de central de esterilización todos los equipos y materiales entregados para reprocesar.
32	Registra en la hoja de gastos de farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico.
33	Elabora por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar.
34	Reporta los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a atención del paciente, aun cuando no se encuentre directamente involucrado el instrumentador quirúrgico.
35	Cumple con el protocolo institucional de comportamiento en quirófano

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	85707538	OPERADOR:	MI PLANILLA/ COMPENSAR
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/4/2025	\$ 224.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/4/2025	\$ 287.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/4/2025	\$ 43.900
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 556.600

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calcula 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 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rui)
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
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente
 CARMEN ROSALBA ROJAS 52.048.545 3203348390



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:	CARMEN ROSALBA ROJAS	CC:	52.045.545
CORREO ELECTRÓNICO:	rosalbarojas20@gmail.com	RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 3C 32B 60 SUR	TELÉFONO:	3203348390
		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 párrafo 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 Régimen Simple de Tributación

SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	008480339418
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1766 2025	Nº CDP:	1267	Nº RP:	15305	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/6/2025	\$	20.384.768	

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)	\$ 3.484.896 TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

CARMEN ROSALBA ROJAS
52.045.545
3203348390

		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					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			CARMEN ROSALBA ROJAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.045.545		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO 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 1766 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		16.487.680	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 20.384.768		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.484.896	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5 DE 5		Nº CRP INICIAL: 6376	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES VEINTINUEVE (29) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		85707538		OPERADOR: MI PLANILLA/ COMPENSAR	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS - MEDICINA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SAÚL ARDILA DURAN			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		3.897.088		CDP DE LA ADICIÓN: 1267	
VALOR ADICIONADO				RP DE LA ADICIÓN: 15305	
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:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	
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	
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 (01/5/2025) AL (31/5/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SAÚL ARDILA DURAN PERFIL: LÍDER CLÍNICAS QUIRÚRGICAS			
		NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	52045545	CARMEN ROSALBA ROJAS	CR 3 C N 32 B 60 SUR	6953065	rosalbarojas20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	09/04/2025	85707538	\$556.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	224.900	0		0		0	

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsestancia	
25-14	Colpensiones	900388004-7	287.800	0	0	0	0	0	287.800

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	
				No. Autorización	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	
14-23	Positiva Seguros	880071153-6	43.900			43.900	0	0	43.900

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, Inp y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	224.900	224.900	224.900
Pensión	1	287.800	287.800	287.800
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900	43.900
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	556.600	556.600	556.600