

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 INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN								CÓDIGO: AP-IA-F7-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16				
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y																		
JOSE ISIDRO ROA BOHORQUEZ																		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:										79.487.771								
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 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.								PS 2487 2025				FECHA INICIO CONTRATO				02/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO				\$	15.684.096				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				N° CRP:		6887				N° CDP:		1		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS				5 MESES Y 28 DÍAS														
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:								2LV HOSPITAL LA VICTORIA										
NOMBRE DEL SUPERVISOR:								NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20										
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES																		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		I	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	I	PROROGAS	I											
VALOR ADICIONADO		\$ 6.371.664	CDP DE LA ADICIÓN:	1265	CRP DE LA ADICIÓN:	15427	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES										
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
VALOR ADICIONADO			CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:											
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 verifico 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 v 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 Requiere 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:	86351437	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	12/05/2025	\$	225.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/05/2025	\$	288.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/05/2025	\$	43.900
OTRO	CCF	12/05/2025	\$	-
TOTAL PAGADO				\$ 556.900

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
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 ibc 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 SMMMLV (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 período correspondiente	

Jose Roa
JOSE ISIDRO ROA BOHORQUEZ
 C.C: 79487771
 CEL: 3102382048



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:	JOSE ISIDRO ROA BOHORQUEZ	CC:	79487771
CORREO ELECTRÓNICO:	JIROAB@GMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 67 No. 71 77	TELÉFONO:	3102382048
		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 DE BOGOTA

NOMBRE DEL BANCO
(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE
ENCUENTRE EN LA LISTA
DESPLIEGABLE)

TIPO DE
CUENTA:

AHORROS

Nº CUENTA:

380199901

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

Nº DEL CONTRATO:

PS 2487 2025

Nº. CDP:

1265

Nº. RP:

15427

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUIDAS PRORROGAS : 5
MESES Y 28 DIAS

FECHA DE INICIO CONTRATO

02/01/2025

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)

\$

3.675.960

TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

Jose Roa

JOSE ISIDRO ROA BOHORQUEZ

79487771

3102382048

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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					
JOSE ISIDRO ROA BOHORQUEZ					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 79.487.771					
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 2487 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				02/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.675.960	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:	
				6887	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		86351437		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
				Nº 1	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.371.664		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1265	
VALOR ADICIONADO				RP DE LA ADICIÓN:	
				15427	
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 Codigo 243 Grado 20			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86351437	\$556.900

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.000

Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
	0		0	0	0	0	225.000 ,	1

TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.000

Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días FSP	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0	0		288,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-23	Positiva Seguros	867011153-6	43.900

Aportes Otros		Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
Sistemas		Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
		43,900	0	0	43,900			439	43,000	1

[illegible]

TOTALES PARAFISC/ALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	556.900

