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-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.731.290

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 1793 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 6.668.838**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 13.337.676**		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.222.946**
N° DE INFORME:	N°5	**N° CRP:**	6402	**N° CDP:**	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG- HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN - LIDER DE CLINICAS QUIRURGICAS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**2**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**2**	**PRORROGAS**	**2**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.222.946	**CDP DE LA ADICIÓN:**	805	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12126	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.445.892	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1274	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15165	**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:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Realizó la prestacion en el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
2	Realizo agendamiento de los procedimientos quirúrgicos para los usuarios que lo soliciten, bien sea de manera presencial o vía telefónica.
3	Realizo llamadas pre quirúrgica a los pacientes para confirmación de asistencia e informarles de la preparación requerida para el correspondiente procedimiento. Dejando registro en la Historia Clínica, correo electrónico y Drive.
4	Elaboraro el programa quirúrgico y brindar soluciones y/o alternativas. Validando dentro de la programación diaria la distribución adecuada de los quirófanos, equipos y asignación en la programación diaria del recurso humano necesario para el desarrollo de las cirugías programadas
5	Realizo la programación quirúrgica a las 2:00 pm y toda eventualidad, inclusión, exclusión o modificación en el horario, en el programa después de esta hora deberá ser informado a las áreas de apoyo involucradas y a los pacientes.
6	Reviso la Historia clínica de los pacientes a programar para validar que todo esté listo para la cirugía desde el punto de vista de la preparación del paciente. Verificar en la valoración de anestesia si el paciente tiene criterios especiales que se deben tener en cuenta para el momento de la citación y que se dé cumplimiento a ello.
7	Realizo amadas post quirúrgicas a los pacientes de ingreso y egreso ambulatorio, conforme al protocolo establecido, buscando identificar situaciones de riesgo o de alarma, para diferir inmediatamente el paciente a la Subred.
8	Realizo seguimiento a la programación de cirugía e informar las desviaciones del programa para la aplicación de correctivos, realizar los registros correspondientes incluyendo los registros de cancelación de cirugía
9	Diligenció en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presentaron fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.
10	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11	Garantizó la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos o instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas .
12	Reportó al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destino a las actividades asistenciales.
13	Entrego en forma oportuna los documentos requeridos por la Subred, soportes de hoja de vida y soportes para el pago de las cuentas de cobro.
14	Mantengo la reserva de la información a la cual tiene acceso con ocasión a sus actividades.
15	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo
16	Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1071854818**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**		
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**12/5/2025**	**$**	**178.000**	
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**12/5/2025**	**$**	**227.800**	
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**12/5/2025**	**$**	**34.700**	
OTRO					
		TOTAL PAGADO	**$**	**440.500**	

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 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 adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scoop 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

Adriana Fonseca R

LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ
CC: 1.033.731.290
CEL: 3196177484

Daniela C

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ	**CC:**	1033731290
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	cirugiajeg2013@gmail.com	**TELÉFONO:**	3196177484
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 18 C N 51 79 SUR	**CIUDAD:**	Bogotá

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.

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:**	0570004870513928
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)

Nº DEL CONTRATO:	PS 1793 2025	Nº CDP:	1274	Nº. RP:	15165	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/6/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 13.337.676
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.222.946 (DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDÓS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MCTE					

Adriana Fonseca R.

LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ
1033731290
3196177484

Daniela C.

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 CONTRATACION
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	LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.033.731.290

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA 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 1793 2025			FECHA INICIO CONTRATO	2/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.337.676			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.222.946
N° PAGO / N° DE INFORME:	(5 de 5)	N° CRP INICIAL:	6402	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071854818		OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN - LIDER DE CLINICAS QUIRURGICAS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				2	2
VALOR ADICIONADO	$ 2.222.946	CDP DE LA ADICIÓN:	805	RP DE LA ADICIÓN:	12126	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.445.892	CDP DE LA ADICIÓN:	1274	RP DE LA ADICIÓN:	15165	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:	
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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 **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: SAUL ARDILA DURAN PERFIL: LIDER DE CLINICAS QUIRURGICAS NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR HOSPITALARIO: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05

Daniela C.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-13, 08:25:01 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1071854818

Periodo Cotización: abril de 2025 | Periodo Servicio: abril de 2025 | Referencia pago 8822889760

PAGADA 12/05/2025

S DEL APORTANTE

ocial	LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ		
nto	CC1033731290	Dirección	AV. CARRERA 18C #51 - 79 SUR
mpresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3105864630
sona	NATURAL	Forma	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
ntante Legal		Identificación	
ados	1	ARP	ARL SURA

LLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado			Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1,423,500	$227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500

OTALES

ensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades,licencias,saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$0	$227,800	$178,000	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500	$0	$440,500

Daniela C.

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!