

		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-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DIANA CAROLINA REYES LINARES /					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.024.551.438		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO 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 2751 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 9.794.400		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 12.910.800		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.005.100	
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
				7077	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DIAS			
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:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.116.400		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1265	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				15546	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				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 PERÍODO, 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. / 270 Horas para el mes de Mayo 2025					
2 Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (					
3 Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.					
4 Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.					
5 Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.					
6 Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la					
7 Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.					
8 Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o					
9 Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de					
10 Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia					
11 Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia					
12 Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.					
13 Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.					
14 Se solicita, Alista, entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización					
15 Se cumplio con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de					
16 Se recepciona, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el					
17 Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.					
18 Se realizo limpieza recuerente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.					
19 Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas.					
20 Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.					

21	Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area.		
22	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio.		
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.		
24	Se realizo la participacion en las reuniones y capacitaciones programadas.		
25	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.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:		4599478764	OPERADOR: SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	13/05/2025	\$ 178.200
PENSIÓN:	PORVENIR	13/05/2025	\$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/05/2025	\$ 34.800
OTRO	CCF	13/05/2025	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 441.000
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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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			
 DIANA CAROLINA REYES LINARES C.C: 1024551438 CEL: 3002991694			



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:	DIANA CAROLINA REYES LINARES	CC:	1024551438
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	DCRL26351@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3002991694
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 90D SUR 7D 06 ESTE	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 CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24130362612

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 2751 2025	Nº. CDP:	1265	Nº. RP:	15546	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: 12910800

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025

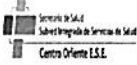
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$	3.005.100
	TRES MILLONES CINCO MIL CIENTOS PESOS M/CTE	

Diana Reyes

DIANA CAROLINA REYES LINARES

1024551438

3002991694

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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						
DIANA CAROLINA REYES LINARES						
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.024.551.438						
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 2751 2025		FECHA INICIO CONTRATO 02/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 12.910.800		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.005.100 ✓
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL: 7077		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DÍAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			4599478764		OPERADOR: SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			ENFERMERÍA			
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		S 3.116.400		CDP DE LA ADICIÓN: 1265 RP DE LA ADICIÓN: 15546		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:
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN:		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. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS						
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 cargo 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 PERÍODO DE PAGO:				NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Dirección Hospitalarios - Enfermería		



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

P327572025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1024551438
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DIANA CAROLINA REYES LINARES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR2F 90A45SUR	TELÉFONO: 99999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4599478764	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	1	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1826126096

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 228.000
SUBTOTAL:			1	\$ 228.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 178.200
SUBTOTAL:			1	\$ 178.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 34.800
SUBTOTAL:			1	\$ 34.800

VALOR SIN MORA:	\$ 440.500
VALOR MORA:	\$ 500
TOTAL PAGADO:	\$ 441.000

