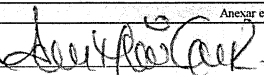

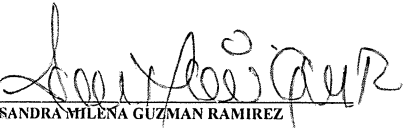


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION				FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SANDRA MILENA GUZMAN RAMIREZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.843.939		
OBJETO DEL CONTRATO:			PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4580 2025	FECHA INICIO CONTRATO		5/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	6.253.576	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTISEIS (26)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	11.731.020	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	3.005.100
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	210	Nº CDP:	476
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 MESES Y 24 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRAS GONZALEZ			DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$	5.477.444	CDP DE LA ADICIÓN:	1263	CRP DE LA ADICIÓN:
				13410	TIEMPO PRORROGA DO:
					2 MESES
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?					
		SI	NO		X
Nº DE PÓLIZA:	123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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)					
ITEM					
1	Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución				
2	Cumplir con el recibo y entrega de turno, diligenciando los formatos respectivos institucionales, realizando las anotaciones respectivas en los registros de enfermería				
3	Realizar los procesos y procedimientos correspondientes al perfil de enfermera en la Unidad Renal, dando cumplimiento a las órdenes médicas y al plan de cuidado de los pacientes a cargo				
4	Realizar distribución del personal en el servicio y asignación de actividades, elaboración, ejecución, seguimiento y cumplimiento de órdenes para la atención de los pacientes. Hacer la revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos				
5	Tramitar de manera oportuna, las necesidades del servicio asignado al área administrativa respectiva.				
6	Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, manuales, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades, presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen.				
7	Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional				
8	Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato.				
9	Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento				
10	Adherirse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.				
11	Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad.				
12	Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.				
13	Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan.				
14	Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred convoque y presentar la certificación correspondiente.				
15	Realizar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred para medir la adherencia a los procesos				
16	Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor.				
17	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	7967578937		OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SALUD TOTAL	13/05/2025	\$	178.200	
PENSIÓN:	PROTECCION	13/05/2025	\$	34.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/05/2025	\$	228.000	
OTRO			\$	-	
TOTAL PAGADO			\$	5 441.000	
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 ítem se calculó 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 afiliación 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					
 SANDRA MILENA GUZMAN RAMIREZ: CC: 52843939 CEL: 3117326369					

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA MILENA GUZMAN RAMIREZ		CC: 52843939 RUT (NIT): N/A
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO:	3117326369
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CIUDAD:	XXXXXXXXXXXX
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024,			
NO tomaré costos y deducciones		()	
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			
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 ()
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA		
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		N° CUENTA:	488400973738
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
N° DEL CONTRATO:	PS 4580 2025	N° CDP:	1263
		N° RP:	13410
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	
		4 MESES Y 24 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	
		\$ 11.731.020	
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)	\$	3.005.100	
		TRES MILLONES CINCO MIL CIENTO	
 SANDRA MILENA GUZMAN RAMIREZ C.C 52843939 cel: 3117326369			

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA

SANDRA MILENA GUZMAN RAMIREZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

81.943.939

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 4580 2025

FECHA INICIO CONTRATO

5/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

6.253.576,00

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

11.731.020,00

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

3.005.100

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

4

Nº CRP INICIAL:

10611

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

210

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

4 MESES Y 24 DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

7967578937

OPERADOR:

SOI

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

UNIDAD RENAL

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ

DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

Nº (1)

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):

ADICION (1)

PRORROGA (1)

VALOR ADICIONADO

\$ 5.477.444

CDP DE LA ADICIÓN:

1263

RP DE LA ADICIÓN:

13410

TIEMPO PRORROGADO:

2 MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

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 **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:

Yudi Milena Bocanegra Gonzalez

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ
CARGO:
 DIRECTOR TECNICO

Vanessa Corredor Guzman

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
 VANESSA CORREDOR GUZMAN
PERFIL:
 REFERENTE UNIDAD RENAL

