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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
OSCAR JAVIER RAMIREZ				
		CON C.C N°	80.119.043	
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 2493 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	17.971.360	**No. HORAS EJECUTADAS**	210	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	34.594.868		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 4.288.620**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	7 MESES Y 29 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)**
1	Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato.
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	Participe 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 y 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.
18	Se hace verificacion y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.
19	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.
20	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.
21	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.
22	Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.
23	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
24	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.
25	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.
26	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.
27	cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.
28	Se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.
29	Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10730352048	**OPERADOR:**	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	3/06/2025	214600
PENSIÓN:	**PORVENIR**	3/06/2025	274700
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	3/06/2025	41900
OTRO	**CCF**	3/06/2025	0
	TOTAL PAGADO		531200

V. 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 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Oscar Javier Ramirez OSCAR JAVIER RAMIREZ CC No 80119043
FIRMA DE QUIEN VALIDA	A. Saenz. MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO

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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR JAVIER RAMIREZ	**CC:**	80119043
CORREO ELECTRÓNICO:	OSCARJR72@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3112257383
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 ESTE 36 I34SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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 BOGOTÃ**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**Nº CUENTA:**	***380221002***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2493 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 4288620**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 al 30/06/2025		

Oscar Javier Ramirez.

OSCAR JAVIER RAMIREZ
C.C 80119043
Cel: 3112257383

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-12, 03:00:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073052048

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025

PAGADO 03/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR JAVIER RAMIREZ		
Documento	CC80119043	**Dirección**	CR 7 ESTE # 36 I - 34 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3625639
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	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 APF	Días EPS	Días ARP	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
CC 80119043	OSCAR JAVIER RAMIREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.716.650	$ 274.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.716.650	$ 214.600	2,436	$ 1.716.650	$ 41.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 531.200

III.TOTALES

IBC Pensión	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
$ 1.716.650	$ 1.716.650	$ 1.716.650	$ 0	$ 274.700	$ 214.600	$ 41.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 531.200	$ 0	$ 531.200

Contrato 2493 2025.

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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.

900959051-7

INTERCONSULTAS

TIPO DE PRIORIDAD	Urgente

NOTA HOSPITALARIA

Nº Historia Clínica: 1000782854 **Nº Folio:** 216 **Fecha Folio:** 11/06/2025 11:34:57 p. m. **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	CARLOS JESUS BARRERA ARANGO		**Identificación**	1000782854	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	14/julio/2001	**Edad Actual:** 23 Años / 10 Meses / 27 Días	**ESTADO CIVIL**	Soltero	
DIRECCION	CRA 8 NO 1 F 13		**TELEFONO**	3205886511	
PROCEDENCIA	BOGOTA		**OCUPACION**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	

DATOS DE AFILIACIÓN

ENTIDAD	CAPITAL SALUD EPS-S	**REGIMEN**	Regimen_Simplificado
PLAN BENEFICIOS	PGP CAPITAL SALUD EPS	**NIVEL-ESTRATO**	SUBSIDIADO NIVEL 0

DATOS DEL INGRESO

N° Ingreso:	18633200	**Fecha Ingreso:**	5/06/2025 9:45:34 a. m.
Responsable:	SOLO SOLO	**Dirección Resp:**	00 **Telefono Resp:**0
Finalidad Consulta:	Tratamiento	**Causa Externa:**	Enfermedad_general
Centro Atención:	2LV - HOSPITAL LA VICTORIA	**Area Servicio:**	2LVU02 - LA VICTORIA URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS
Cama:	HOSGO11 - CAMA 11 HOS GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA VICTORIA		

Consecutivo Nº: 1005749 **Área Servicio:** 1SCC18 SANTA CLARA CONSULTA EXTERNA NEUROLOGIA Y NEOPEDIATRIA

Diagnóstico: **Clase:** Impresion_Diagnostica

Especialidad: 441 NEUROLOGIA

Servicio: 39140-14 NEUROLOGIA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA INTRAHOSPITALARIA

Motivo: Hombre de 23 años quien tiene antecedente de epilepsia y status convulsivos por lo cual ha estado en UCI, ademas con psicosis posictal, ingreso hace 6 dias por alteraciones comportamentales y durante su estancia en la unidad de salud mental ha presentado multiples episodios de movimientos anormales al parecer sin alteracion del estado de conciencia, completo periodo de observacion en reanimacion durante el cual medicina de urgencias considera que el paciente cursa con pseudocrisis, se valora nuevamente paciente y durante la valoracion presenta proximadamente 5 episodios en los cuales presenta movimientos anormales en su cara, arcadas y emesis de duracion aprox 30 segundos con posterior reincorporacion, establece contacto con entrevistadora aunque impresiona alucinando no descarto psicosis posictal; si bien los episodios no cumplen con la semiologia clasica de convulsiones generalizadas considero que requiere valoracion por neurologia para determinar diagnostico y origen neurologico de los mismos antes de traslado a USM. Gracias.

Observaciones:

Total Ítems: 1

M Yadira Lemus Aponte

Profesional: LEMUS APONTE MARGI YADIRA
Cédula: 1033687461
Tipo Medico: PSIQUIATRIA SCO