Secretaría Distrital 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** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
NORMA MARTINEZ AGUIRRE				
		CON C.C N°	51,816,618	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO 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 2923 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**14,389,248**	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186 H**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**20,572,128**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3,484,896**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**SEIS MESES**			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**HOSPITAL SAN BLAS**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**			

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	REALIZAR PROCEDCIMIENTOS DE TERAPIA RESPIRATORIA EN HOSPITALIZACION, URGENCIAS, SALA ERA Y CONSULTA EXTERNA PROCURANDO EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE
2	BRINDAR UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA. CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ÉNFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUÍAS DE ATENCIÓN, DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN
3	PRESTAR SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO AUTONOMÍA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISIÓN, MISIÓN, ESTRUCTURA ORGÁNICA REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES
4	REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO
5	REALIZAR TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES VALORADOS, BRINDAR PAUTAS DE MANEJO Y EDUCACION A LOS FAMILIARES Y /O CUIDADORES DE LOS PACIENTES
6	LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN
7	CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL ADUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES
8	DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLÍNICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMÁS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMÁS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA
9	GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS
10	GARANTIZAR LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICIÓN O REPARACIÓN CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACIÓN DE LOS MISMOS
11	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMÁS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD
12	PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO
13	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCIÓN QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO
14	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES
15	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCIÓN QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO
16	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASÍ QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACIÓN POR PARTE DE EPS-S-EAPB
17	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN, PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO
18	APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN EL SERVICIO U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, SI APLICA.
19	ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES, COMITÉS Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
20	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
21	FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL QUE LA SUBRED, REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVÉS DE TERCEROS
22	CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE CALIDAD
23	CUMPLIR CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y APLICAR LAS NORMAS DEL MANUAL DE SEGURIDAD DE LA SUBRED
24	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR

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:	NORMA MARTINEZ AGUIRRE	**CC:**	51816618
CORREO ELECTRÓNICO:	NORCONS871@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3124562029
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 12C 71C 30 INT 9 APTO 701	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.

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	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**469400002793**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 2923 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$ 3,597,312**		
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025	**$**	**20,572,128**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	$3,484,896				

NORMA MARTINEZ AGUIRRE
C.C 51816618
Cel: 3124562029

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51816618		MARTINEZ AGUIRRE NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8101379	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1547725403	9487389622	I	2025/06/06	2025/06/12	BANCO DAVIVIENDA	5	$455,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$1,440,000	$8,700			$1,440,000	$35,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,440,000**	**$230,400**			**$1,440,000**	**$180,000**			**$1,440,000**	**$8,700**			**$1,440,000**	**$35,100**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$1,440,000	$8,700			$1,440,000	$35,100		$0	$0
1	CC	51816618	MARTINEZ NORMA	230301	30	$1,440,000	$230,400	EPS005	30	$1,440,000	$180,000	CCF24	30	$1,440,000	$8,700	14-11	30	$1,440,000	$35,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,440,000**	**$230,400**			**$1,440,000**	**$180,000**			**$1,440,000**	**$8,700**			**$1,440,000**	**$35,100**		**$0**	**$0**