Secretaría de Salud de Bogotá D.C. 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 PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09

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

MIRYAM CHACON CAMACHO

CON C.C Nº 28,469,463

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 4805 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	10/2/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	6,611,220	**No. HORAS EJECUTADAS**	246	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	13,823,460		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 2,737,980
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	6 MESES Y 21 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
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 presto el servicio de conformidad con la asignacion de actividades acordadas con el supervisor del contrato
2	Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermeria y demas actividades que se deriven del proceso de enfermeria
3	Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.
4	Informar a la enfermera jefe del servicio y al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
5	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolucion diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermeria integral del paciente.
6	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
7	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales.
8	Responder por los inventarios, realizar control, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades
9	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.
10	Mantener la reserva y confidencialidad de la informacion clinica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institución.
11	Realizar asesorias pretest y pruebas rapidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clinica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes
12	Realizar busqueda activa de poblacion clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnostico
13	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecucion de actividades contractuales
14	Se solicita, Alista, entrega, custodia y reforma Limpieza y desinfeccion del instrumental segun el area que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilizacion institucional.
15	Se cumplio con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentacion de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patologia
16	Se recepciona, la custodia y entrega oportuna de las historias clinicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestion documental, realizado el registro en el formato
17	Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditacion y habilitacion de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.
18	Se realizo limpieza recurrente entre semana y fines de semana de sinfeccion 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 higrometria del servicio.
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades
24	Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas
25	Se Realiza cumplimiento segun protocolo cuatro pato, secuencia y verificacion cuidados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado

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 legalizacion del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaracion 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 articulo 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:	91854737847	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	16/6/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	SURA	16/6/2025	$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	COLPENSIONES	16/6/2025	$ 34,700
OTRO	CUF	16/6/2025	$ -
TOTAL PAGADO			$ 440,500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle 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 causcados 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 nit)
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 ocasion al señalado contrato

VI. ANEXOS

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

Anexar evidencias fotograficas y documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Miryam Chacon MIRYAM CHACON CAMACHO CC No 28469463
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Maryerli Martinez VARLIN MAYERLY MARTINEZ HERRERA SUPERVISOR ALTERNO C.C. 52.817.356 F.U.C.S.
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:	MIRYAM CHACON CAMACHO	**CC:**	28469463
CORREO ELECTRÓNICO:	isabel71974@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3232049252
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 4B 3 64	**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:	*#N/A*	**TIPO DE CUENTA:**	*0*	**N° CUENTA:**	*#N/A*

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 4805 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2737980**
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/2/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/8/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 al 30/06/2025		

Miriam Chacon

MIRYAM CHACON CAMACHO
C.C 28469463
Cel: 3232049252

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 28469463		CHACON CAMACHO MIRYAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 4B 3 64 BR BOSQUES DE ZAPAN	SOACHA-CUNDINAMARCA	3232049252	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	1555251089	94866378[illegible]	1	2025/06/16	2025/06/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/06/14 11:17 PM