

 <div> <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</p> <p>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</p> <p>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> </div>		<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</p> <p>VERSIÓN: 2</p> <p>FECHA: 2025-06-09</p>	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARYIN RODRIGUEZ HOLGUIN			
CON C.C.N°		1.033.710.672	
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 2460 2025	FECHA INICIO CONTRATO	1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	17.971.360	No. HORAS EJECUTADAS	234
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	37.249.728	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.778.748
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	7 MESES Y 30 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
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 específicas 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	Participo 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 verificación 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 Requiere 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 scop 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1073321543	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	11/06/2025	231300
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2025	296000
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/06/2025	45100
OTRO			
TOTAL PAGADO			572400

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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)

Ancxar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARYIN RODRIGUEZ HOLGUIN CC No 1033710672
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 ANA CELIA GARCIA GARCIA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO

 <p>Ministerio de Salud y Protección Social Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>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</p>	<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09</p>			
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARYIN RODRIGUEZ HOLGUIN	CC:	1033710672		
CORREO ELECTRÓNICO:	MARYI.RODRIH@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3203228533		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 67 17K 12 SUR	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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4870303882
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 2460 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4778748	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/08/2025	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 al 30/06/2025				
<div>Mary Rodriguez H</div> <div>MARYIN RODRIGUEZ HOLGUIN</div> <div>C.C 1033710672</div> <div>Cel: 3203228533</div>					

PAGOSIMPLE |

**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte:	2025-06-12, 04:12:07 AM	Tipo Planilla:	I: PLANILLA INDEPENDIENTES	Número Planilla:	1073321543
Periodo Colización:	mayo de 2025	Periodo Servicio:	mayo de 2025	Referencia pagc (PIN):	88:3213180

PAGADO 11/06/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARYI RODRIGUEZ HOLGUIN		
Documento	CC1033710572	Dirección	CLL 67 N°17K -12 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7911641
Tipo Persona	NATURAL	Forma de Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados		ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

[illegible]

III. TOTALES

	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Seguros	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Seva	Aportes ICBF	Aportes Min Educación	Incapacidades Licencias y otros FAFOP EFS	Incapacidades AMP	SURVOT AL SERVIDOR PÚBLICO DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.850.000	\$ 1.850.000				\$ 796.000	\$ 231.300	\$ 45.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 572.400	\$ 572.400



Almacenam. de trabajos

Descripción almacen. trabajos

Almac. trabajos le permite enviar el trabajo de impresión a la impresora y almacenarlo ahí hasta que lo imprima desde el panel de control de impresora. Algunos trabajos de Almac. trabajos permiten asociar un PIN opcional con el trabajo para mayor seguridad.

Instalación USB de Almacen. trabajos

Para activar Almac. trabajos, primero debe insertar un dispositivo USB específico (con al menos 16GB de memoria) en la ranura USB posterior. Este dispositivo USB guardará los trabajos de Almac. trabajos que se envíen a la impresora. Si este dispositivo USB se extrae, Almac. trabajos se desactivará en la impresora.

Inserte la unidad USB en la ranura USB posterior y siga las instrucciones del panel de control. Esta unidad USB será específica para Almac. trabajos. La ranura USB frontal no funcionará para Almac. trabajos.

1. Puede que sea necesario retirar la cubierta USB para ver la ranura USB en algunos modelos de impresora. Si hay cubierta, retirela.

2. Introduzca unidad USB con al menos 16GB de memoria.

3. Siga mensajes panel control para formatear unidad USB para Almac. trabajos.

Necesitará actualizar el controlador de impresora si no encuentra la pestaña "Almacen. trabajos" después de activar la función en la impresora. Vaya a la siguiente URL para obtener instrucciones de cómo actualizar el controlador de impresora.

<http://www.hp.com/support/jobstorage>