Centro Oriente E.S.E.

FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

VERSION: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

CON C.C N° | **51.943.840**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENT ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2454 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/0**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	15.684.096	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	43.253.796	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$	3.6
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRA **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1.Se realizó recibo y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional. 2. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acue diagnóstico y necesidades Identificadas. 3.Se Realizó verificación de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando ri garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 4.Se verificó, administró y registró los medican formulados oportunamente, de acuerdo a los protocolos establecidos. se informó al médico tratante y coordinadores la no existenc medicamentos para hacer ajustes a los tratamientos. 5. Se cumplió con la supervisión de las actividades del personal a cargo, verificando c realicen los procedimientos y los registros de enfermería. 6. Se Realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo c normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. 7.Se controlaron los suminis existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 8. Se Realizaron las devoluciones al servicio de farmacia c medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerita. 9.Participe en forma activa en la revista médica dando aportes según sea el caso. 10. Se Realizó la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidac acuerdo a las necesidades del servicio, dejando el registro en el libro de recibo y entrega de turno. 11. Se respondió por los inven conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 12.Se Realizó la asignación oportuna de ca registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para todos los pacientes a cargo y realizando los traslados necesarios para tal fin de oportuna, colaborando con el giro de cama. 13.Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio y especiales, radiología, intercon remisiones y traslados que requieran los pacientes a cargo. 14.Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de man historia clínica de la Subred. 15. Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uni y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 16. Se realiza verificación de carro paro, según protocolo institucional. 17.Se cump portar el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 18.Se realizó verificación y supervisión de n limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. 19. Se cumplió con las actividades propias de la profesi conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y prot institucionales en el proceso de atención de enfermería. 20.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren man heridas. 21. Se Realizó la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como los pac ambulatorios. 22. Se participó activamente en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integr Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 23. Se gestionó el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atenci paciente así lo amerite. 24. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se requirió. 25. Se Realizar registros en DHG historia clínica de Enfermería y de forma física en caso de contingencia, de forma oportuna, completa y con criterios de ca

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA 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	

Centro Oriente E.S.E.

FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

FECHA: 2025-08-07

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON			CC:	51943840
CORREO ELECTRÓNICO:	GBOLIVAR97@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3219278693
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 30 A 27 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
ANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	026113910

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 2454 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$ 3.6
ECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
ERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		

GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

PS_2454_2025_A30226

OMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON

C: 51943840

EL: 3219278693

5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X

eniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para ago correspondiente al periodo del (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

lo. DE PLANILLA:	N° 90956970	OPERADOR:	MI PLANILLA
ONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
ALUD:	SANITAS	2025/11/12	$ 225.000
ENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	$ 288.000
IESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	$ 43.900
TRO			
TOTAL PAGADO			$ 556.900

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
.- 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 simp ue en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
.- 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON* *PS_2454_2025_A30226* **GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON** **CC: 51943840**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2454_2025_A30226* **ANA CELIA GARCIA GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
IRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2454_2025_A30226* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51943840	GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON	CRA 6TA # 30 A 27 SUR	9066856	gbolivar97@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90956970	TOTAL A PAGAR	
					$556,900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225,000	0		0		0	0	0	0	225,000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	288,000	0	0	0	0	0	0		288,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43,900				43,900	0	0	43,900			439	43,900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225,000	225,000
Pensión	1	288,000	288,000
Riesgos Laborales	1	43,900	43,900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556,900	556,900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51943840	GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON	CRA 6TA # 30 A 27 SUR	9065856	gbolivar97@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90956970	$556,900

.E POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de tificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Rol/tipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1943840	BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO	57	0			N																	25-14	1,800,000	288,000	0	0	0	0	EPS005	1,800,000	225,000	14-23	1,800,000	3	43,900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (21).pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (21).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (253).pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (253).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (15).pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (15).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (13).pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (13).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (11).pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (11).pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Editar

	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (38).pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (38).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	1 PS 2454 2025 CRP-6874.pdf	1 PS 2454 2025 CRP-6874.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2 PS 2454 2025 CRP-15409.pdf	2 PS 2454 2025 CRP-15409.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	88507974.pdf (Archivado)	88507974.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	3 PS 2454 2025 CRP-17987.pdf	3 PS 2454 2025 CRP-17987.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	89294625.pdf (Archivado)	89294625.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS2454 SEPT.pdf (Archivado)	PS2454 SEPT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS2454 2025 CUENTA COBRO SEPTIMBRE 2025.pdf	PS2454 2025 CUENTA COBRO SEPTIMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2454 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)