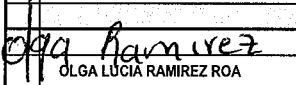
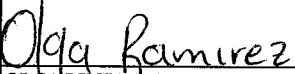


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
OLGA LUCIA RAMIREZ ROA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			35.479.584		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1197 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				21/1/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.243.840		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 46.202.976		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 4.046.976	
N° DE INFORME:		11		N° CRP:	
				13409	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS				N° CDP:	
				146	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		6		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				6	
				PRORROGAS	
				6	
VALOR ADICIONADO		2.985.269		CDP DE LA ADICIÓN:	
				935	
VALOR ADICIONADO		4.246.827		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1260	
VALOR ADICIONADO		5.658.272		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1631	
VALOR ADICIONADO		4.496.640		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2204	
VALOR ADICIONADO		14.052.000		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2622	
VALOR ADICIONADO		6.520.128		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3757	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				NA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
ITE M					
1 Porta el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas					
2 Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.					
3 Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.					
4 Conoce y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos					
5 Apoya a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales.					
6 Participa en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área.					
7 Informa al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.					
8 Atiende a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, cálida y respetuosa					
9 Desarrolla las actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. También desarrollar actividades de capacitación al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, cuando sea necesario.					
10 Cumple la programación mensual de actividades.					
11 Notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participar en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, resultado del análisis realizado. integral del presente contrato					
12 Emite conceptos de conformidad con sus actividades profesionales.					

13	Soporta de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales.		
14	Custodia y responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.		
15	Ingresa al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional.		
16	Verifica la programación quirúrgica del quirófano al que fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación.		
17	Solicita y registrar correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada		
18	Solicita a la farmacia las suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia		
19	Se realiza la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quirófano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato correspondiente, para poder trasladar en ellos todos los dispositivos, equipos y demás material estéril necesario para realizar cada procedimiento.		
20	Responde la lista de chequeo de cirugía segura, voceada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar cada procedimiento.		
21	Se Presenta al paciente e informarle sobre su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento.		
22	Vela por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico así como por la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía.		
23	Verifica el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptables, rechazar los elementos según corresponda.		
24	Revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización, por medio del circulante de enfermería, conservando el rótulo de marcado proveniente de la central.		
25	Cuenta en voz alta en conjunto con el auxiliar el material médico quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como: gasas, compresas, agujas de suturas, cotonoides y demás dispositivos antes de dar inicio al procedimiento quirúrgico e informar en voz alta al auxiliar de enfermería circulante de sala para que lo registre en la hoja de verificación de seguridad.		
26	Durante el procedimiento informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento.		
27	Contar en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad.		
28	Participa activamente en el procedimiento quirúrgico.		
29	Se informar al cirujano tratante el resultado del recuento para poder realizar cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la información en la hoja de seguridad, antes de firmar. Entregar las piezas anatomopatológicas al auxiliar de enfermería para su debido envío a estudio, informando en voz alta el nombre de la muestra, medio de preservación y el destino de la muestra. Posteriormente, verifique el correcto registro en la hoja de verificación.		
30	Terminado el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado, abrir las pinzas con excepción de las pinzas de campo y aplicar detergente enzimático y tapar el contenedor.		
31	Traslada el contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de esterilización, esperar a que el auxiliar del servicio de esterilización realice el conteo respectivo y registrar en el libro correspondiente de central de esterilización todos los equipos y materiales entregados para reprocesar.		
32	Registra en la hoja de gastos de farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico.		
33	Elabora por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar.		
34	Reporta los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a atención del paciente, aun cuando no se encuentre		
35	Cumple con el protocolo institucional de comportamiento en quirófano		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	81780590		
OPERADOR:	MI PLANILLA/ COMPENSAR		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/11/2024	\$ 224.900
PENSIÓN:	PORVENIR	15/11/2024	\$ 287.800
RIESGOS LABORALES:			\$ -
OTRO	CAJA COMPENSAR	15/11/2024	\$ 36.000
TOTAL PAGADO			\$ 548.700
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.			
VII. ANEXOS			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
 OLGA LUCÍA RAMÍREZ ROA 35.479.584 3202208897			

		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: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		OLGA LUCIA RAMIREZ ROA			CC:		35.479.584
					RUT (NIT):		NA
CORREO ELECTRÓNICO:		luchisrxx@gmail.com			TELÉFONO:		3202208897
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 9 No 22 - 83			CIUDAD:		BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.							
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							
Regimen 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 CAJA SOCIAL					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)				TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24094792564
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1197 2024	Nº CDP:	3757	Nº. RP:	45583	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/2/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		\$ 46.202.976	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 4.046.976						
CUATRO MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/ C							
 OLGA LUCIA RAMIREZ ROA 35.479.584 3202208897							

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLÉADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	15/11/2024	81780590	\$548.700

TOTALES SALUD

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia M
	No. Autorización	Valor	
0		0	No. Autorización

TOTALES PENSIÓN

Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSE Solidaridad
0	0	0

TOTALS RIESGOS LABORALES	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor A Cotiza
No. Autorización	Valor				

TOTALS CAJAS		P. 100 g (N. 100 g)		C ₁ C ₂ C ₃ C ₄ C ₅ C ₆ C ₇ C ₈ C ₉ C ₁₀ C ₁₁ C ₁₂ C ₁₃ C ₁₄ C ₁₅ C ₁₆ C ₁₇ C ₁₈ C ₁₉ C ₂₀ C ₂₁ C ₂₂ C ₂₃ C ₂₄ C ₂₅ C ₂₆ C ₂₇ C ₂₈ C ₂₉ C ₃₀ C ₃₁ C ₃₂ C ₃₃ C ₃₄ C ₃₅ C ₃₆ C ₃₇ C ₃₈ C ₃₉ C ₄₀ C ₄₁ C ₄₂ C ₄₃ C ₄₄ C ₄₅ C ₄₆ C ₄₇ C ₄₈ C ₄₉ C ₅₀ C ₅₁ C ₅₂ C ₅₃ C ₅₄ C ₅₅ C ₅₆ C ₅₇ C ₅₈ C ₅₉ C ₆₀ C ₆₁ C ₆₂ C ₆₃ C ₆₄ C ₆₅ C ₆₆ C ₆₇ C ₆₈ C ₆₉ C ₇₀ C ₇₁ C ₇₂ C ₇₃ C ₇₄ C ₇₅ C ₇₆ C ₇₇ C ₇₈ C ₇₉ C ₈₀ C ₈₁ C ₈₂ C ₈₃ C ₈₄ C ₈₅ C ₈₆ C ₈₇ C ₈₈ C ₈₉ C ₉₀ C ₉₁ C ₉₂ C ₉₃ C ₉₄ C ₉₅ C ₉₆ C ₉₇ C ₉₈ C ₉₉ C ₁₀₀																																																																																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
8606065942-7	36,000	0	0	36,000	1

TOTALS PARAFISCALES	
1	2

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	224.900	224.900
Pensión	1	287.800	287.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	36.000	36.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	548.700	548.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	35479584	OLGA LUCIA RAMIREZ ROA	Carretera# 22-43	8626503	olgusap@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CHLA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					
2024-10	2024-10	I	15/11/2024	81780590	\$548.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD					REBROS LABORALES					CCF					PARAFISCALES							
No. Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colon. exterior	Exonerado	ING	RET	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLH	KE	MA	VA	AVP	VCT	RRL	CORRECCIÓN		Cdd. AFP	IBC AFP	Cotización o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de solidaridad	Cdd. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cdd. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENIA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	35479584	RAMIREZ ROA OLGA LUCIA	1	0			N																	230301	1738.656	287.800	0	0	0	0	0	EPS005	1738.656	224.900	0	0	CC724	1738.656	36.000	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA