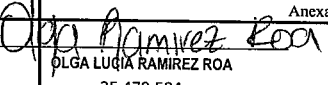
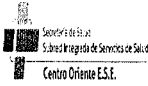


 <div>SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: 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:		\$ 39.682.848		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
\$ 4.496.640					
Nº DE INFORME:		10		Nº CRP:	
13409		Nº CDP:		146	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DIEZ (10) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		5		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		5		PRORROGAS	
5					
VALOR ADICIONADO		2.985.269		CDP DE LA ADICIÓN:	
935		CRP DE LA ADICIÓN:		21121	
VALOR ADICIONADO		4.246.827		CDP DE LA ADICIÓN:	
1260		CRP DE LA ADICIÓN:		24032	
VALOR ADICIONADO		5.658.272		CDP DE LA ADICIÓN:	
1631		CRP DE LA ADICIÓN:		28843	
VALOR ADICIONADO		4.496.640		CDP DE LA ADICIÓN:	
2204		CRP DE LA ADICIÓN:		32236	
VALOR ADICIONADO		14.052.000		CDP DE LA ADICIÓN:	
2622		CRP DE LA ADICIÓN:		36184	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
		CRP DE LA ADICIÓN:			
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
		CRP DE LA ADICIÓN:			
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
		CRP DE LA ADICIÓN:			
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
X					
Nº 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 contar 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:	80918073/8110126
CONCEPTO DEL PAGO	OPERADOR:
SALUD:	MI PLANILLA/ COMPENSAR
PENSIÓN:	ENTIDAD
RIESGOS LABORALES:	FECHA DE PAGO
OTRO	VALOR PAGADO
	35.479.584
	3202208897
	295.100
	37.000
	\$ 562.700
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.	
VII. ANEXOS	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente	
 OLGA LUCÍA RAMÍREZ ROA 35.479.584 3202208897	

 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 - GESTIÓN 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: (31/10/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA LUCIA RAMIREZ ROA			CC:	35.479.584
CORREO ELECTRÓNICO:	luchisrqx@gmail.com			RUT (NIT):	NA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 9 No 22 - 83			TELÉFONO:	3202208897
				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.					
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24094792564
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1197 2024	N° CDP:	146	N° RP:	13409
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/2/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 4.496.640 CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/ C				
 OLGA LUCIA RAMIREZ ROA 35.479.584 3202208897					



		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			OLGA LUCIA RAMIREZ ROA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			35.479.584		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		8.243.840	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 39.682.848		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 4.496.640	
N° PAGO / N° DE INFORME:		(10 de 10)		N° CRP INICIAL: 13409	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DIEZ (10) MESES			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		80918073/8110126		OPERADOR: MI PLANILLA/ COMPENSAR	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		5		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.985.269		CDP DE LA \$ 935 RP DE LA 21121	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.246.827		CDP DE LA \$ 1.260 RP DE LA 24032	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.658.272		CDP DE LA \$ 1.631 RP DE LA 28843	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.496.640		CDP DE LA \$ 2.204 RP DE LA 32236	
VALOR ADICIONADO		\$ 14.052.000		CDP DE LA \$ 2.622 RP DE LA 36184	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA RP DE LA	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA RP DE LA	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA RP DE LA	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		ACTO ADMINISTRATIVO DE NA	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SAÚL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			



DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80918073 \$548.700	

[illegible][illegible][illegible]

	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
	860066942-7	36.000	0	0	36.000	1

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR 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	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	35479584	OLGA LUCIA RAMIREZ ROA	carrera9# 22-83	8628503	olgulispq@hotmail.es				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CHIA	SI			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD					
80918073	09/10/2024			EMPLEADOS	UPC				
				1	0				
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR					
2024-09	2024-09	N	22/10/2024	81110126		\$14.000			

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	5.600	0			1	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224098-8	7.200	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Cajas	860066942-7	900		100	1.000	1		

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	1	0	0
0	1	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	5.600	5.700
Pensión	1	7.200	7.300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	900	1.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	13.700	14.000

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UNC
80518073	09/10/2024				1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	N	22/10/2024	81110126	\$14.000	

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