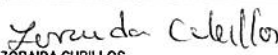
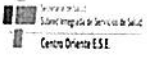


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ZORAIDA CUBILLOS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			51.872.347		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 3558 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.947.516		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 21.570.420		UN (01) MES Y NUEVE (09) DIAS	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.136.960			
Nº DE INFORME:		11		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		10 MESES Y 19 DIAS		17425	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS		Nº CD:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243		GRADO 20	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		7		6	
TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.242.147		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.942.089		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.906.292		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.436.720		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.183.600		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 469.680		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.442.376		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
ITEM		IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 recibo y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, se realizaron: 192 Horas para el mes de Diciembre 2024			
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.			

19	Se hace verificación y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.		
20	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.		
21	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.		
22	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.		
23	Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.		
24	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		
25	cuando se requiere se Coordina el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite.		
26	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.		
28	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.		
29	cuando se Requiere se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.		
30	se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.		
31	Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	82127527		
OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	4/12/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	4/12/2024	\$ 162.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	4/12/2024	\$ 31.700
OTRO	CCF	4/12/2024	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 356.700
VI. 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 eps, arl, pensión, rut) 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 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 periodo correspondiente			
 ZORAIDA CUBILLOS C.C: 51872347 CEL: 3102417348			

		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: A7-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ZORAIDA CUBILLOS					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 51.872.347					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 3558 2024		FECHA INICIO CONTRATO	12/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	21.570.420		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.136.960
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	Nº CRP INICIAL:	17425	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	10 MESES Y 19 DÍAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82127527	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 7	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION 7
VALOR ADICIONADO	\$ 2.242.147	CDP DE LA ADICIÓN:	945	RP DE LA ADICIÓN:	22218
VALOR ADICIONADO	\$ 1.942.089	CDP DE LA ADICIÓN:	1269	RP DE LA ADICIÓN:	24363
VALOR ADICIONADO	\$ 2.906.292	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	RP DE LA ADICIÓN:	28442
VALOR ADICIONADO	\$ 1.436.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2202	RP DE LA ADICIÓN:	33569
VALOR ADICIONADO	\$ 6.183.600	CDP DE LA ADICIÓN:	2614	RP DE LA ADICIÓN:	37522
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA ADICIÓN:	2786	RP DE LA ADICIÓN:	39714
VALOR ADICIONADO	\$ 3.442.376	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	RP DE LA ADICIÓN:	46459
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX	
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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermeria			
		WENDY CORDOBA MOLANO Enfase Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria			

	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: (31/12/2024)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ZORAIDA CUBILLOS				CC:	51872347
CORREO ELECTRÓNICO:	zori1966@hotmail.com				RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48Q SUR 5C 59				TELÉFONO:	3115723604
					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 1.2.4.1.6 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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	545061208
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 3558 2024	Nº. CDP:		Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES Y 19 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 21570420	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.136.960					
	DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					
<div>Zoraida Cubillos</div> <div>ZORAIDA CUBILLOS</div> <div>51872347</div> <div>3115723604</div>						

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	51872347	ZORAIDA CUBILLOS DIAZ	CALLE 48 Q SUR NO 5 C 59	7391659	ZORI1966@HOTMAIL.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	1	04/12/2024	82127527	\$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Colización Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0	0	162.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700			31.700	0	0	317	31.700	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51812347	ZORAIDA CUBILLOS DIAZ	CALLE 48 O SUR NO 5 C 59	7391659	ZOR1966@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACION	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 (DIAMES/AAO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AAO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	1	04/12/2024	82121527	\$402.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Tipo Identificación		Apellidos y Nombres		Cotizante		Subtipo		Extraterritorio		Column exterior		Exonerado		ING		RET		TOR		TAE		TSL		VSP		VST		BLN		KGE		LMA		VAC		AVP		VCT		IRL		CORRECCION		Cdd. AFP		IBC AFP		Cotización o Afilado		Voluntario Aportante		Fondo pensional de solidaridad		Fondo pensional de subsistencia		Cdd. EPS		IBC EPS		Cotización/ Valor UPC		Cdd. IBC ARL		Clase de Riesgo		Cotización CCF		IBC CCF		Aporte CCF		IBC otros parafiscales		Aporte SENA		Aporte ICBF		Aporte ESAP		Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
CC	51812347	CUBILLOS DIAZ ZORAIDA		59	0						N																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

PAGADA