

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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	
				12/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.947.516		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN (01) MES Y NUEVE (09) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 21.570.420		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.936.620	
Nº DE INFORME:		11		Nº CRP:	
				17425	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		10 MESES Y 19 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		7		PRORROGAS	
				6	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.242.147		CRP DE LA ADICIÓN:	
				22218	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.942.089		CRP DE LA ADICIÓN:	
				24363	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.906.292		CRP DE LA ADICIÓN:	
				28442	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.436.720		CRP DE LA ADICIÓN:	
				33569	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.183.600		CRP DE LA ADICIÓN:	
				37522	
VALOR ADICIONADO		\$ 469.680		CRP DE LA ADICIÓN:	
				39714	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.442.376		CRP DE LA ADICIÓN:	
				46459	
VALOR ADICIONADO		\$		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				(1) UN MES	
				(1) UN MES	
				(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS	
				(1) UN MES	
				(1) UN MES	
				(2) DOS MESES	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				(1) UN MES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				N/A	
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 presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron: 174 Horas para el mes de Octubre 2024					
2 Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería.					
3 Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.					
4 Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.					
5 Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.					
6 Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.					
7 Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.					
8 Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.					
9 Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.					
10 Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución.					
11 Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.					
12 Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.					
13 Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.					
14 Se solicita, Alista, entrega, custodia y retoma limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.					
15 Se cumpla con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.					
16 Se recepciona, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.					
17 Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.					
18 Se realizo limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.					
19 Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.					
20 Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.					
21 Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area.					
22 Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-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: \$ 1.936.620	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		11		Nº CRP INICIAL: 17425 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 280	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		10 MESES Y 19 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		8381724465		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	PRORROGA 6
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:	
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 APROBACIÓN:		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.					
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/11/2024) AL (30/11/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria			
		 WENDY CORDOBA MOLANO Enlace 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: (30/11/2024)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ZORAIDA CUBILLOS	CC:	51872347			
		RUT (NIT):				
CORREO ELECTRÓNICO:	zori1966@hotmail.com	TELÉFONO:	3115723604			
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48Q SUR 5C 59	CIUDAD:	BOGOTÁ			
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	N° 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)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3558 2024	N°. CDP:	3756	N°. RP:	46459	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES Y 19 DÍAS
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 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	1.936.620					
	UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					
 ZORAIDA CUBILLOS 51872347 3115723604						

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ZORAIDA CUBILLOS DIAZ
No. Identificación: CC51872347
Dirección: CALLE 48 Q SUR NO 5 C 59
Telefono: 7391659
Correo: ZORI1966@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381724465

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ZORAIDA CUBILLOS DIAZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC51872347	Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Número de planilla	8381724465	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Fecha pago	2024-11-13	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	16416311	Total Pagado	402200
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	31700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS010	EPS Sura	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51872347
APELLIDOS Y NOMBRES: ZORAIDA CUBILLOS DIAZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0