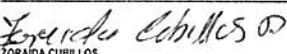


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 1	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ZORAIDA CUBILLOS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				51.872.347	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 PRESTACIÓN 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:		\$ 18.128.044		UN (01) MES Y NUEVE (09) DÍAS	
N° DE INFORME:		9		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		8 OCHO MESES		\$ 2.070.130	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		JBL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	6	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.242.147	CDP DE LA ADICIÓN:	945	CRP DE LA ADICIÓN:	22218
VALOR ADICIONADO	\$ 1.942.089	CDP DE LA ADICIÓN:	1269	CRP DE LA ADICIÓN:	24363
VALOR ADICIONADO	\$ 2.906.292	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	CRP DE LA ADICIÓN:	28442
VALOR ADICIONADO	\$ 1.436.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2202	CRP DE LA ADICIÓN:	33569
VALOR ADICIONADO	\$ 6.183.600	CDP DE LA ADICIÓN:	2614	CRP DE LA ADICIÓN:	37522
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA ADICIÓN:	2786	CRP DE LA ADICIÓN:	39714
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° 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 presta el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron: 186 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, 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. Aluta, entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.				
15	Se cumplió 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 recepción, 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 realizó limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfección 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 realizó la revisión diaria del inventario correspondiente al área.				
22	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.				
23	Se realizó el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades.				
24	Se realizó la participación en las reuniones y capacitaciones programadas.				
25	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.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. de PLANILLA:	8380556033		OPERADOR:		MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		9/10/2024		\$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES		9/10/2024		\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		9/10/2024		\$ 31.700
OTRO					
TOTAL PAGADO					\$ 402.200
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.					
2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el 10% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, art, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo recop 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: 3115723604					

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN 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 PRESTACION 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	12/2/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.128.044	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.070.180
N° PAGO / N° DE INFORME:	10	N° CRP INICIAL:	17425
		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	8 OCHO MESES		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8380556033	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			
N° DE MODIFICACIÓN:	N° 6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.242.147	CDP DE LA	945
VALOR ADICIONADO	\$ 1.942.089	CDP DE LA	1269
VALOR ADICIONADO	\$ 2.906.292	CDP DE LA ADICIÓN:	1614
VALOR ADICIONADO	\$ 1.436.720	CDP DE LA	2202
VALOR ADICIONADO	\$ 6.183.600	CDP DE LA	2614
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA	2786
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° 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.			
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (DIA/MES/AÑO) AL (DIA/MES/AÑO)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermería	
		 WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermería	

	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: (31/10/2024)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ZORAIDA CUBILLOS	CC: 51872347
CORREO ELECTRÓNICO:	zori1966@hotmail.com	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 480 SUR 5C 59	TELÉFONO: 3115723604
		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:	OTRO	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS N° CUENTA: 054506120-08
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
N° DEL CONTRATO:	PS 3558 2024	280 N°. RP: 17425 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 8 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/2/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/10/2024 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 18128044
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)	S 2.070.180 DOS MILLONES SETENTA MIL CIENTO OCHENTA 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: 80556033

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ZORAIDA CUBILLOS DIAZ
Tipo y número de identificación	CC51872347
Número de planilla	80556033
Fecha pago	2024-10-09
Número de autorización pago	1808604
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	402200
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

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