

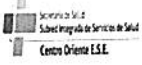
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-H-T-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-15	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
DEIFY JIMENEZ BEJARANO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.933.271		
OBJETO DEL CONTRATO:			PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SER		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 4487 2024		FECHA INICIO CONTRATO
					13/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	11.831.145	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	18.012.204	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.675.960	
Nº DE INFORME:	5		Nº CRP:	40221	Nº CDP: 2374
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 MESES Y 18 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 24 GRADO 20		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	I	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	I	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 6.181.059	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	CRP DE LA ADICIÓN:	46617
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:	
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:	
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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
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 PERIODO, 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 recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, se realizaron: 180 Horas para el mes de Dici				
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.				

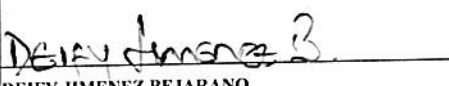
13	Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.
14	Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred.
15	Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos 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 Coordinar 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 Requiera 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:	7951540999	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	09/12/2024	\$	171.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/12/2024	\$	171.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/12/2024	\$	33.500
OTRO	CCF	09/12/2024		
TOTAL PAGADO				\$ 376.700

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 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	


DEIFY JIMENEZ BEJARANO
C.C: 52933271
CEL: 3144345844

		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-HT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-15	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
DEIFY JIMENEZ BEJARANO					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.933.271					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION					
OBJETO DEL CONTRATO:					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4487 2024		FECHA INICIO CONTRATO 13/08/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 18.012.204		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.675.960	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL: 40221 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 2374	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		4 MESES Y 18 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		7951540999		OPERADOR: SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO \$ 6.181.059		CDP DE LA ADICIÓN: 3756		RP DE LA ADICIÓN: 46617	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: (2) DCS MESES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:		DEIFY JIMENEZ BEJARANO		CC:	5293271
CORREO ELECTRÓNICO:		DJB997@YAHOO.ES		RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 13 SUR 24H 54		TELÉFONO:	310587587
				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	Nº CUENTA: 66757052700
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4487 2024	Nº. CDP:		Nº. RP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES Y 18 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 18012204
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)	S 3.675.960				
TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					
 DEIFY JIMENEZ BEJARANO 52933271 3105817587					

PS 4487

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CÓDIGO MUNICIPIO TIPO APORTANTE FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE CON DONDO PAGO APORTES SALUD, SEÑA Y CEB (REFORMA TRIBUTARIA)	CÉDULA DE CIUDADANÍA BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL CALLE 11 SUR 624 H 54 PRIVADA CLASE APORTANTE ACTIVIDAD ECONÓMICA	NÚMERO PLANILLA PERÍODO COTIZACIÓN OTROS FECHA PAGO (AAAA/MM/DD)	7951540999 2024 2024/12/09 NÚMERO AUTORIZACIÓN
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL CALLE 11 SUR 624 H 54 PRIVADA CLASE APORTANTE ACTIVIDAD ECONÓMICA		MCS Nómina AÑO 11/07/2024	

TOTAL APORTES A PENSIÓN									
NÚM. COTIZANTES		COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SEGUROS	SEGUROS	SEGUROS	SEGUROS	SEGUROS
1		\$ 219.600			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A SALUD									
NÚM. COTIZANTES		RICAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	SEGUROS	SEGUROS	SEGUROS	SEGUROS
1			\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:			\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
NÚM. COTIZANTES		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	SEGUROS	SEGUROS	SEGUROS
1			\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:			\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

PLANILLA PAGADA									
EXTRINSECA									
DATOS DEL COTIZANTE									
Nº IDENTIFICACIÓN	TIPO	SUBTIPO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE SALARIO
2533271	W	W	W	W	W	W	W	W	W
TOTAL									
\$ 424.700									

TOTAL \$ 424.700

Planilla pagada

