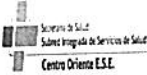
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4487 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 11.831.145		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 18.012.204		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		4 MESES Y 18 DIAS		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		\$ 3.430.896	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		I		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.181.059		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		(2) DOS MESES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
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)		N/A			
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: 168 Horas para el mes de Octubre 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 Participe 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.					

	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						
DEIFY JIMENEZ BEJARANO						
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.933.271						
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
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 PERIODO A CERTIFICAR:		\$ 3.430.896
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		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:		7945333752		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):		ADICION 1	PRORROGA 1
VALOR ADICIONADO		\$ 6.181.059	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	RP DE LA ADICIÓN:	46617
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:	
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:	
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 clausula "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:				 NATALY 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:	DEIFY JIMENEZ BEJARANO		CC:	52933271	
			RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:	DJB997@YAHOO.ES		TELÉFONO:	3105817587	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR 24H 54		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:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
					66757052700
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4487 2024	N°. CDP:	3756	N°. RP:	46617
				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 01/11/2024 AL 30/11/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	3,430.896				
	TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> DEIFY JIMENEZ BEJARANO 52933271 3105817587 </div> </div>					

[illegible]**TOTAL**

Planilla pagada