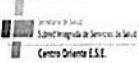
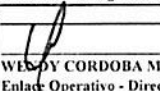


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.006.078		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 2199 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 9.794.400		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 9.794.400		CUATRO (4) MESES	
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS		\$ 2.938.320	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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 PERIODO, 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			
ITEM					
1 Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato.					
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 area 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 retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.					
15 Se cumplio con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentacion de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patologia					
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 realizo limpieza recuente 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 clinica 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 hidrometria del servicio.					

23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.		
24	Se realizo la participacion 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:	83740854	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/02/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	10/02/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/02/2025	\$ 34.700
OTRO	CCF	10/02/2025	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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			
Adriana Pineda ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO C.C: 53006078 CEL: 3224144344			

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</div> <div>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 6</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div>
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO	CC: 53006078
CORREO ELECTRÓNICO:	PITIVALE.2017@GMAIL.COM	RUT (NIT): 3224144344
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 118 A 17 F 07	TELÉFONO: 3224144344
		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 párrafo 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:	BANCO CAJA SOCIAL	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		
TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 24084180746
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 2199 2025	Nº. CDP: 1
		Nº. RP: 6735
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/04/2025
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/02/2025 AL 28/02/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 2.938.320	
	DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE	
<div>Adriana Pineda</div> <div>ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO</div> <div>53006078</div> <div>3224144344</div>		

		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: 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					
ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 53.006.078					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 2199 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.794,400		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.938.320	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	6735	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83740854	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 0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP 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		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 v 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 1/02/2025 al 28/02/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20  WESLY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria 			

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	53006078	ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO	cra12a # 43a-81 sur	3672373	pibvale.2017@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLAZADOS	UPC			
					1	0			
					TOTAL A PAGAR				
					\$440.500				

2025-01	2025-01	1	10/02/2025	83740854		
---------	---------	---	------------	----------	--	--

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	86066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colindos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-5	34.700	No. Autorización	Valor	0	0	0	347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

