

		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					
ANDREA CAROLINA SAENZ MEJIA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,010,013,496		
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 2253 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	8,547,840	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	(4) CUATRO MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8,547,840	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2,003,400	
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	4670	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	(4) CUATRO MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$	- CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	- CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	- CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	- CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	- CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	- CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	- CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$	- CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
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	
ITE	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO				
M	(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: 180 Horas para el mes de ENERO 2025				
2	Realizar 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	notificar 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	notificar casos nuevos (si vigila)				
14	promover, participar en jornadas de tamizaje de población en riesgo, en las diferentes unidades y servicios; realizando registros estadísticos de las asesorías para los informes mensuales.				
15	portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales.				
16	solicitar, alistar, entregar, custodiar y retomar limpieza y desinfección del instrumental según el area que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.				
17	prestar sus servicios como auxiliar de Enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, realizando actualización de bases de datos y informes para entrega según fechas estipuladas por la sub red para seguimiento y monitoreo de cohortes., asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, y demás procedimientos, dentro de los parámetros de calidad, definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la subred.				
18	cumplir 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				
19	realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el				
20	apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e.				
21	organizar el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno.				
22	ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas				
23	velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.				
24	responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirúrgica para la elaboración de paquetes teniendo en cuenta las tareas				
25	diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.				
26	dar 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.				
27	apoyar el cumplimiento obligatorio de garantía de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio, contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente				

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	1069699887	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	16/01/2025	\$	162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	16/01/2025	\$	208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	16/01/2025	\$	31,700
OTRO	0	0	\$	-
TOTAL PAGADO				\$ 402,200
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA				
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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				
<div>  </div> <div> NOMBRE: ANDREA CAROLINA SAENZ MEJIA C.C 1.010.013.496 TEL: 3142889403 </div>				

 <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</div>		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			
ANDREA CAROLINA SAENZ MEJIA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1,010,013,496			
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2253 2025		FECHA INICIO CONTRATO 01/01/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8,547,840		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2,003,400
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	4670
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	(4) CUATRO MESES		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1069689887	OPERADOR:	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICION 0 PRORROGA 0
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 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 (01/01/2025) AL (31/01/2025)			
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	
		MARCELA TRIVIÑO CORTES Ehlace 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: (31/01/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA SAENZ MEJIA	CC:	1010013496
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDREACAROLINSAENZ19@GMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 36 N30 A – 111	TELÉFONO:	3142889403
		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 1.2.4.1.8 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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	23708415561

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 2253 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	4670	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (4) CUATRO MESES
------------------	-----------------	---------	---	---------	------	---

FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 8.547.840
--------------------------	------------	-----------------------------------	------------	---

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025

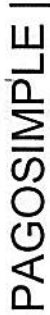
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2,003,400
	DOS MILLONES TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS

Carolina Saenz Mejia

ANDREA CAROLINA SAENZ MEJIA

1010013496

3142889403



**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Numéro Planilla: 1069689887

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Periodo Cotización:** diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

Fecha creación reporte: 2025-01-20, 09:45:34 PM

PAGADO 16/01/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

Razón Social	ANDREA CAROLINA SAENZ MEJIA
Documento	CC1010013496
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	SOACHA
Representante Legal	
Total Afiliados	1

[illegible]

III. TOTAL																
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.02.200	\$ 0	\$ 4.02.200

