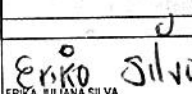
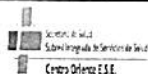


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y ERIKA JULIANA SILVA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1,000,938,540		
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				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 4290 2024		FECHA INICIO CONTRATO 5/7/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2,040,588	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTISIETE (27) DÍAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	9,374,064	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2,003,400		
Nº DE INFORME:	4		Nº CRP:	35527	Nº CDP: 2374	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
III. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS	1
VALOR ADICIONADO	\$ 6,863,796	CDP DE LA ADICIÓN:	\$ 2,614	CRP DE LA ADICIÓN:	37276	TIEMPO PRORROGADO: (3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 469,680	CDP DE LA ADICIÓN:	\$ 2,786	CRP DE LA ADICIÓN:	39479	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 POLIZA:	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						
ITEM	(Debe ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
1	Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron: 180 Horas para el mes de Octubre 2024					
2	Se Realizó 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 derivan 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 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 Portó 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 cumple 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 realiza 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	Vigilar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.					
21	Se realiza 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 realiza el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades.					
24	Se realiza 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:	1066520962		OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	CAPITAL SALUD		9/10/2024	\$	162,500	
PENSIÓN:	PORVENIR		9/10/2024	\$	208,000	
RIESGOS LABORALES:	SURA		9/10/2024	\$	31,700	
OTRO	COLSUBSIDIO		9/10/2024	\$	26,000	
TOTAL PAGADO				\$ 428,200		
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 calculó 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 SMLMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, ru) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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)						
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						



ERIKA



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

ERIKA JULIANA SILVA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.000.938.540

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 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 4290 2024

FECHA INICIO CONTRATO

5/7/2024

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

S

9,374,064

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

S

2,003,400

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

4

Nº CRP INICIAL:

35527

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

2374

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

3 MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1066520962

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 2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):					
VALOR ADICIONADO	S 6,863,796	CDP DE LA	2614	RP DE LA	37276	ADICIÓN 2	PRÓRROGA 1
VALOR ADICIONADO	S 469,680	CDP DE LA	2786	RP DE LA	39479	TIEMPO	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICABLE)

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 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	

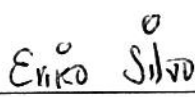
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)

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

MARCELA TRIVIÑO CORTES
Enlace Operativo - Dirección Hospitalarios - Enfermería

Madeiry Martinez
Enfermera
C.C. 1.000.938.540

	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:	ERIKA JULIANA SILVA	CC: 1000938540
CORREO ELECTRÓNICO:	ERICSILVA@GMAIL.COM	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 43B SUR 154	TELÉFONO: 3004079519
		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 no 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)	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS Nº CUENTA: 550488437074492
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 4290 2024	Nº CDP: 2374 Nº. RP: 35527 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/7/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/10/2024 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9374064
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 2,003,400 0 PESOS M/CTE	
<div></div> <div>ERIKA JULIANA SILVA 1000938540 3004079519</div>		



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-10, 04:05:35 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Período Cotización: septiembre de 2024 Período Servicio: septiembre de 2024 Referencia pago (PIN): 8810830871 Número Planilla: 1066520962

PAGADO 09/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ERIKA YULIANA SILVA ARCHILA
Documento	CC:1000938540
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	CCP	CCP	CCP	CCP	CCP	CCP	CCP	CCP	CCP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC AFP	Aporte AFP	Administradora	IBAF	Aporte IBAF	Total
CC 1000938540	ERIKA YULIANA SILVA ARCHILA	59	DO																											\$ 428.200	

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.300.000	IBC Salud	\$ 1.300.000	IBC Riesgos	\$ 1.300.000	IBC Cajas	\$ 1.300.000	Aportes Pensión	\$ 208.000	Aportes Salud	\$ 162.500	Aportes Riesgos	\$ 31.700	Aportes Cajas	\$ 26.000	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 428.200	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 600	TOTAL FINAL	\$ 428.800
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	--------------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	-----------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	--------	-------------	------------



