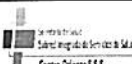
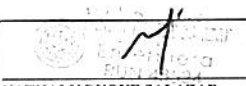
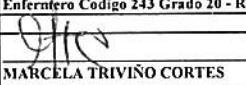


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
MARY INES MORENO MORENO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		20.859.981			
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 4308 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
20.859.981				5/07/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.040.588		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				VEINTISIETE (27) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 11.431.800		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.337.300	
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
				35532	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES Y 27 DIAS		Nº CDP:	
				2374	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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:		3		PRORROGAS	
				1	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.863.796		TIEMPO PRORROGADO:	
				(3) TRES MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ 469.680		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.057.736		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				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	
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 presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, se realizaron 210 Horas para el mes de NOVIEMBRE 2024					
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 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 Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales					
14 Se solicita, Alista, entrega, custodia y retoma 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 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 realizo limpieza recurrente 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 cándados 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:		73822132		OPERADOR:	
				ENLACE OPERATIVO	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
		SANTITAS		VALOR PAGADO	
SALUD:				162.500	
PENSIÓN:		PORVENIR		208.000	
RIESGOS LABORALES:		SURA		56.600	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 427.100	
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, art, pension, rut)					
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)					
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
Mary Ines Moreno Moreno					
MARY INES MORENO MORENO					
C.C: 20859981					
CEL: 3246818068					

		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					
MARY INES MORENO MORENO					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 20.859.981					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 4308 2024		FECHA INICIO CONTRATO	5/07/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	9.374.064	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.337.300	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	35532	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	2374
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	5 MESES Y 27 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	73822132		OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO	
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 3	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):			ADICIÓN 3
VALOR ADICIONADO	\$ 6.863.796	CDP DE LA	2614	RP DE LA	37280
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA	2786	RP DE LA	39483
VALOR ADICIONADO	\$ 2.057.736	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	RP DE LA ADICIÓN:	46581
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.					
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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermería			
		 MARCELA TRIVIÑO CORTES Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermería			

Marcela Triviño Cortes
 Enfermera
 C.C. 243
 Grado 20



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:	MARY INES MORENO MORENO	CC:	20859981
CORREO ELECTRÓNICO:	MARYMOR1311@GMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 73 57R 15 SUR	TELÉFONO:	3246818068
		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 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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24135998403
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 4308 2024	Nº CDP:	3756	Nº. RP:	46581	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 MESES Y 27 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9374064

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 2.337.300
	DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

Mary Ines Moreno Moreno

MARY INES MORENO MORENO

20859981

3246818068

Periodo Cotización:

Periodo Servicio: Octu 2024

PAGADO 09/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARY INES MORENO MORENO	Dirección	CALLE 36 SUR #78 P 60
Documento	CC 20859981	Teléfono	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

[illegible]

III. TOTALES

III. TOTALES															TOTAL FINAL
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes ManEduación	(Incapacidades, Licencias, Salos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 56.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 427.100	\$ 0	\$ 427.100

