172

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.012.353.688			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4723 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**27/08/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 2.413.685	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y CUATRO (04) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 4.412.112		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 1.860.008	✓
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	40501	**N° CDP:**	3007	
PLAZÓ TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	**$** 1.998.427	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43441	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se realizó la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2	Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.
3	Se garantizó el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
4	Se brindo respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.
5	Se presento cumplimiento on el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de +B40:I47+B40:I44novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.
6	Se garantizó el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
7	Se realizó el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE
8	Se garantizo el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
9	En el desarrollo de las actividades contractuales se garantizo el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Se realizaron los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente
11	Se realizó el informe y registro oprtuno de los datos criticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil
12	En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa
13	En la prestación del servicio se adoptaron los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.
14	Se garantizó trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	En el desarrollo de las actividades contractuales se atendieron las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.
16	Se garantizó la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.

17	Se aplicaron las politicas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
18	Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Se garantizó el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	Cumplimiento del tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
21	Se realizaron las actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277-2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**30965263**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS S.A**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR EPS	16/10/2024	$ 215.300
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	16/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	COMPENSAR CCF	16/10/2024	$ 26.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 449.300

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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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

Andrea Albadan

IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO
CC:1012353688
CEL:3214794284

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO	**CC:**	1012353688
CORREO ELECTRÓNICO:	andreaalbadan 85@gmail.com	**RUT (NIT):**	1012353688-6
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 94 A 69 42 SUR	**TELÉFONO:**	3214794284
		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

Regimen 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:	**DAVIVIENDA**				
(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**008480349185**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4723 2024**	**Nº CDP:**	**3461**	**Nº. RP:**	**43441**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**27/08/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $4.412.112**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**1.860.008** ✓
	UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA MIL OCHO PESOS M/CTE					

Andrea Albadan.

IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO
C.C 1012353688
cel: 3214794284

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.012.353.688

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4723 2024		FECHA INICIO CONTRATO		27/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				2.413.685,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.412.112,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.860.008,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	Nº CRP INICIAL:	40501	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3007
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	30965263		OPERADOR:	ASOPAGOS S.A	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.998.427	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	RP DE LA ADICIÓN:	43441	TIEMPO PRORROGADO: TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		

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 **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/10/204 AL 31/10 2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARITZA CARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMERA

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1012353688
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-22
FECHA DE PAGO:	2024-10-16
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	30965263
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30965263
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 215.300	$ 215.300
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26.000	$ 26.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.300	$ 449.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/11/2024

10:53

💸 PSE Transacción Aprobada - CUS 983981905 ✅

Recibidos

serviciopse@a... Hace 5 dias

para mi



¡Hola, Ivonne Andrea Albadan Quiceno!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 983981905
Empresa: ASOPAGOS
Descripcion: Pago de seguridad Social Integrado
Valor de la Transacción: $ 449.300
Fecha de Transacción: 16/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

Responder

99+