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	
MILENA ROJAS VALENCIANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.901.848
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1504 2024		FECHA INICIO CONTRATO		20/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.328.520	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	1 MES 28 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.268.928		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.169.510
Nº DE INFORME:	Nº10	Nº CRP:	13599	Nº CDP:	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 MESES Y 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN/ DIRECCTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	Nº5	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(Nº5)	PRORROGAS	(Nº 5)	
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN:	934	CRP DE LA ADICIÓN:	20956	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	CRP DE LA ADICIÓN:	23840	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	2.886.680	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	CRP DE LA ADICIÓN:	29123	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	1.927.222	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	CRP DE LA ADICIÓN:	32968	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	6.729.618	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	CRP DE LA ADICIÓN:	36499	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 16.325	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	CRP DE LA ADICIÓN:	39895	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	(X)
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de OCTUBRE DE 2024
2	Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de OCTUBRE DE 2024
3	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras el mes de OCTUBRE DE 2024
4	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte mes de OCTUBRE 2024
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte mes de OCTUBRE 2024
6	Se garantizo el reporte del 100% de las derivaciones en la evolucion del paciente al equipo de trabajo el mes de OCTUBRE DE 2024
7	Se realizo la revision de las historias clinicas del 100% de los pacientes asignados en el mes de OCTUBRE DE 2024
8	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de OCTUBRE 2024
9	Se realizo el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de Dinamica y en los formatos en fisico ante fallas en el sistema para el mes de OCTUBRE DE 2024
10	Se garantizo el cumplimiento de las normas institucionales en el mes de OCTUBRE DE 2024
11	Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area en el mes de OCTUBRE DE 2024
12	Se realizaron las actividades contractuales teniendo encuenta los documentos intitucionales relacionados con los procesos de enfermeria en el mes de OCTUBRE DE 2024
13	Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de OCTUBRE DE 2024
14	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de OCTUBRE DE 2024
15	Se realizo la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma en el mes de OCTUBRE DE 2024
16	Se realizo la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de deependencia de enfermeria conservando las precauciones establecidas en el mes de OCTUBRE DE 2024
17	Se realizo el control de liquidos administrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de OCTUBRE DE 2024
18	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes de OCTUBRE DE 2024
19	210 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80555964	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	15/10/2024	$	163.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	15/10/2024	$	208.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/10/2024	$	31.900
OTRO				
TOTAL PAGADO			$	403.800

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 qué 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

Milena Rojas V

MILENA ROJAS VALENCIANO
CC: 52.901.848
CEL: 3124346233

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MILENA ROJAS VALENCIANO	**CC:**	52.901.848
		RUT (NIT):	52901848-4
CORREO ELECTRÓNICO:	sanmile0305@gmail.com	**TELÉFONO:**	3124346233
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 39 B SUR # 65-49	**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

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:	BBVA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	0073276578

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

N° DEL CONTRATO:	PS 1504 2024	**N° CDP:**	2784	**N°. RP:**	37895	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/20/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/10/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $22.268.928**
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)	$ 2,169,510 DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE					

Milena Rojas V.

MILENA ROJAS VALENCIANO
C.C 52.901.848
cel: 3124346233

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 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	MILENA ROJAS VALENCIANO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.901.848

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 AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1504 2024		FECHA INICIO CONTRATO		20/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				4.328.520,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.216.085,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.169.510,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	N°10	N° CRP INICIAL:	13599	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES Y (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	N° 80555964		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN/DORECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (05)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N°05	N°5
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA	934	RP DE LA	20956	TIEMPO	1 MES
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA	1261	RP DE LA	23840	TIEMPO	1 MES
VALOR ADICIONADO	2.885.680	CDP DE LA	1618	RP DE LA	29123	TIEMPO	1 MES (10)DIAS
VALOR ADICIONADO	1.927.222	CDP DE LA	2199	RP DE LA	32968	TIEMPO	1 MES
VALOR ADICIONADO	6.729.818	CDP DE LA	2606	RP DE LA	36499	TIEMPO	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$16.325,00	CDP DE LA	2784	RP DE LA	39895	TIEMPO	N/A
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	

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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
CARGO:
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
EDISON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL:
ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

VoBo Eliana Marcela Borda Vargas

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52901848	MILENA ROJAS VALENCIANO	KR 69B SUR 65 49	3282828	sanmile0305@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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80555964	$403.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	5	600	0	163.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	5	800	0	208.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	5	200	31.900			317	31.900	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
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.100
Pensión	1	208.000	208.800
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	403.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52901848	MILENA ROJAS VALENCIANO		KR 69B SUR 65 49	3282828	sanmile0305@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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80555964	$403.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciclo/mes	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52901848	ROJAS VALENCIANO MILENA	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información