	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 JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.022.963.387		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 1566 2024		FECHA INICIO CONTRATO		22/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	1 MES Y 27 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.089.120			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.787.776
N° DE INFORME:	10		N° CRP:	14193	N° CDP:	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 MESES Y 9 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	5	
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	934	CRP DE LA ADICIÓN:	21007	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	CRP DE LA ADICIÓN:	23891	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.796.416	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	CRP DE LA ADICIÓN:	29171	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.078.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	CRP DE LA ADICIÓN:	33017	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.791.936	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	CRP DE LA ADICIÓN:	36548	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 571.392	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	CRP DE LA ADICIÓN:	39916	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	NO		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NO
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.
2	Cumplir con el objeto del contrato, de manera personal y autónoma.
3	Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.
4	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.
5	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.
6	Tener en cuenta las observaciones y lineamientos del supervisor del contrato. 7) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica).
7	Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás caracteristicas del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social
8	Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad
9	Cumplimiento de 192 horas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	31004222		OPERADOR:	ASOPAGOS	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:		SANITAS	8/10/2024	$	189.400
PENSIÓN:		PROTECCION	8/10/2024	$	242.500
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA	8/10/2024	$	37.000
OTRO					
		TOTAL PAGADO			$ 468.900

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
(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

J. Natalia Acosta O.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO
CC: 1.022.963.387
CEL: 3214830471

	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:	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	CC:	1022963387
		RUT (NIT):	1022963387-8
CORREO ELECTRÓNICO:	[redacted]	TELÉFONO:	3214830471
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7B 99 15 SUR	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:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570462870057199

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1566 2024	Nº CDP:	2784	Nº. RP:	39916	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES Y 6 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/1/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 37.089.120
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRA Y NUMEROS)	$ 3.787.776					
	TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MCTE					

J. Natalia Acosta O

JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO
C.C 1.022.963.387
cel: 3214830471

	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	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.022.963.387

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 1566 2024		FECHA INICIO CONTRATO		22/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.089.120,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.787.776,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10/10	Nº CRP INICIAL:	14193	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES Y 9 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	31004222		OPERADOR:	ASOPAGOS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (6)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (6)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	934	RP DE LA ADICIÓN:	21007	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	RP DE LA ADICIÓN:	23891	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.796.416	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	RP DE LA ADICIÓN:	29171	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.078.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	RP DE LA ADICIÓN:	33017	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.791.936	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	RP DE LA ADICIÓN:	36548	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 571.392	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	RP DE LA ADICIÓN:	39916	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		X

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: DIRECTORA DE SERVICIOS AMBUKATORIOS NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Mal Sandra Manrique M

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	KR 78 99 15 SUR		3214830471			NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
DO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-09	2024-09	31004222	I	2024-10-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	468.900	0	BANCO DAVIVIENDA
AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	31004222	2024-10-21	Pagada							

EMPLEADO				NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	TDNGL	FNDUS	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	C-1	S-1	CoL	CoL	Tipo Cot.	S-A. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1022563387	ACOSTA OROZCO JOHANNA NATALIA	1.515.110								X									0			30	30	0	30	PROTECCION 230201	1.515.110	242.500	0	0	SANITAS-EPS005	1.515.110	189.400	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.515.110	37.000	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	468.900	N	2745002

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	KR 78 99 15 SUR		3214830471			NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
DO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-09	2024-09	31004222	I	2024-10-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	468.900	0	BANCO DAVIVIENDA
AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	31004222	2024-10-21	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.515.110	1.515.110	1.515.110	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
Administradoras: 1)				1	242.500	0	0	0	242.500
OTECCION	230201	800229739	0	1	242.500	0	0	0	242.500
Administradoras: 1)				1	189.400	0	0	0	189.400
NITAS	EPS005	800251440	6	1	189.400	0	0	0	189.400
Administradoras: 1)				1	37.000	0	0	0	37.000
SITIVA	14-23	860011153	6	1	37.000	0	0	0	37.000
Total					468.900	0	0	0	468.900