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

INGRID CAROLINA GARZÓN DE CASTELLANOS

		CON C.C N°	**52.478.826**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 3796 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	8/03/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.189.054**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 48.777.109**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 6.226.865**		
N° DE INFORME:	8	**N° CRP:**	19224	**N° CDP:**	816
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO (08) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**				

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	7	
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1065	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22548	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1392	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25752	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1764	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30148	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2208	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33740	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2586	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36061	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3081	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40919	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3345	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43322	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A

ITEM	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	Cumplir la funciones en un servicio asistencial de complejidad II y III, que se presta de manera transversal en las 4 unidades de mayor complejidad de la Subred. UMHES Santa Clara, San Blas , La Victoriay Jorge Ellecer Galtán.
2	Conocer las funciones y actividades de un Auxiliar de Enfermería de Gastroenterología para Coordinar, programar y realizar seguimientos de las actividades realizadas por cada Auxiliar de Enfermería.
3	Apoyar con la supervisión y seguimiento de contratos que celebre la Subred, cuando a ello hubiere lugar.
4	Conocer la ruta y los tramites para la ejecución de una orden de procedimientos.
5	Vigilar el cumplimiento y revisar los requisitos y tramites de las órdenes de procedimientos, desde su autorización hasta su ejecución, los requisitos previos de programación, la preparación de los pacientes, la facturación y cargos de insumos consumidos.
6	Verificar de manera directa el proceso de desinfección y esterilización y depósito y cuidado de los equipos endoscópicos y areas de trabajo (Reprocesamiento de equipos).
7	Conocer, vigilar y dar cumplimiento a todas las normas de bioseguridad.
8	Conocer y vigilar el cumplimiento del proceso y direccionamiento adecuado de las biopsias digestivas.
9	Conocer los insumos y equipos medico quirúrgicos del servicio para realizar inventarios, pedidos y evaluaciones técnicas necesarios para el funcionamiento del servicio de Gastroenterología en las unidades de funcionamiento.
10	Servir de enlace técnico entre las unidades para la programación, autorización, traslado y ejecución, de los procedimientos endoscópicos, en particular las CPRES y disponibilidades.
11	Informar al equipo de Salud, a los profesionales, rederentes o supervisores, o jefes inmediatos sobre condiciones propias de los pacientes, infraestructura, los equipos o cualquier otra situacion de alerta sobre la seguridad que pueda afectar a los pacientes o el personal.
12	Realizar oportunamente el pedido de medicamentos requeridos para la atención oportuna de los pacientes.
13	Elaboración y socialización de cronogramas, cuadros de actividades y disponibilidades de Especialistas y Enfermería correspondiente a cada mes.
14	Programación y envió mensual de agendas para apertura de Procedimientos ambulatorios y consulta externa del servicio.
15	Verificación, montaje, entrega y subsanación mensual de glosas de cuentas medicas por pagar de cada Especialista del Servicio.

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:	**INGRID CAROLINA GARZÓN DE CASTELLANOS**	**CC:**	52478826
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	carolinagarzonm@gmail.com	**TELÉFONO:**	3104550625
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 50A SUR # 80D - 31	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	( )
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.

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:	**BANCO DE BOGOTÁ**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102617685**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 3796 2024**	**N° CDP:**	**816**	**N°. RP:**	**19224**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**8/03/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**$ 48.777.109**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 6.226.865**					
	SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISÉIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MCTE					

INGRID CAROLINA GARZÓN DE CASTELLANOS
52478826
3104550625

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**	**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	**INGRID CAROLINA GARZÓN DE CASTELLANOS**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.478.826**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GASTROENTERÓLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3796 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**8/03/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	5.189.054		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 48.777.109	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 6.226.865**
N° PAGO / N° DE INFORME:	(8 de 8)	**N° CRP INICIAL:** 19224	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** 816
PLAZO DEL CONTRATO	OCHO (8) MESES		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8380171483	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				7	7
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1065	**RP DE LA ADICIÓN:**	22548	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1392	**RP DE LA ADICIÓN:**	25752	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1764	**RP DE LA ADICIÓN:**	30148	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2208	**RP DE LA ADICIÓN:**	33740	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2586	**RP DE LA ADICIÓN:**	36061	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3081	**RP DE LA ADICIÓN:**	40919	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.226.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3345	**RP DE LA ADICIÓN:**	43322	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
N° DE PÓLIZA:	N/A	**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:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: DAVID BENIGNO PARAMO HERNANDEZ** **PERFIL: REFERENTE GASTROENTEROLOGÍA**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN
No. Identificación: CC52478826
Dirección: CALLE 50 A SUR NO. 80 D- 35
Telefono: 4519297
Correo: CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8380171483

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN
Tipo y número de identificación	CC52478826
Número de planilla	8380171483
Fecha pago	2024-09-17
Número de autorización pago	25737873
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2024
Número de Administradoras	4
Total Pagado	785700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	60700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	398600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	15000	1
EPS008	Compensar EPS	311400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52478826
APELLIDOS Y NOMBRES: INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	2490760	2490760	2490760	2490760	311400	0	398600	0	60700	15000

V/B

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