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	LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.015.392.707

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PR0FECIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2825-2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.119.324,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 63.057.396,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 5.924.856,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	10	**N° CRP INICIAL:**	14063	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067243241		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA URGENCIAS TRASLADOS SEGUNDARIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO CC 15.906.500(DIRECTOR TECNICO CD 009 GR 05)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° (5)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (5)**	**PRORROGA (5)**
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA	1030	RP DE LA	22288	TIEMPO	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA	1270	RP DE LA	25229	TIEMPO	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 6.348.060	CDP DE LA	1619	RP DE LA	29244	TIEMPO	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 7.194.468	CDP DE LA	2200	RP DE LA	32513	TIEMPO	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 17.351.364	CDP DE LA	2598	RP DE LA	36635	TIEMPO	(3 MES)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**NA**
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA

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:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TECNICO URGENCIAS CODIGO 009 GRADO 05** **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO SIRC**

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**

168n

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.015.392.707**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFECIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2825-2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 13.119.324**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**(1 MES Y 28 DIAS)**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 63.057.396**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 5.924.856**	
N° DE INFORME:	**10**	**N° CRP:**	**14063**	**N° CDP:**	**317**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**9 MESES 10 DIAS**					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**5**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**5**	**PRORROGAS**	**5**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22288**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25229**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 6.348.060**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29244**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.194.468**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32513**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 17.351.364**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36635**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(3 MES)**

III. POLIZAS

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

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	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
2	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
4	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
5	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
6	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
7	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
9	Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.
10	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
11	Entrego las actas de requerimientos y quojas.
12	Entrego las actas de requerimientos y quojas.
13	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos.
14	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
15	Me registre en las actas de asistencia a capacitaciones.
16	Porte el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa.
17	Cumpli con los turnos programados por el lider.
18	Entrego las actas de las capacitaciones realizadas.
19	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	registro la historia clinica con sello del medico que recibe en la unidad de destino
23	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	Realize el registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
25	Entregue el soporte del pago de la Planilla de aportes sociales
26	Entrego las actas de las capacitaciones realizadas.
27	Registro en bitacora de control de medicamentos

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1067243241**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**SANITAS**	**10/10/2024**	**$**	**359.800**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**10/10/2024**	**$**	**460.500**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**RIESGO 4**	**$**	**-**
OTRO	**NA**	**NA**		**NA**
TOTAL PAGADO				**$ 820.300**

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

(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

LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ
CC 1015392707
CEL3015540093

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: (DD/MM/AAAA)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ**	**CC:**	**1015392707**
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	draisabelruiz53@hotmail.com	**TELÉFONO:**	**3015540093**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 10 A # 7 C -04**	**CIUDAD:**	**MOSQUERA**
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			
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**	**Nº CUENTA:**	**0325000200206324**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS2768-2024**	**Nº CDP:**	**2598**	**Nº. RP:**	**36635**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/21/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**10/31/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 63.057.396**
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)	**$**					**5,924,856**
	CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCIENTA Y SEIS PESOS					



LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ
C.C 1015392707
cel: 3015540093

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-11, 09:01:03 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067243241

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

PAGADO 10/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ		
Documento	CC1015392707	**Dirección**	CR 10A #7 C - 04 CASA SEGUNDO PISO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015540093
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1015392707	LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.877.787	$ 460.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.877.787	$ 359.800	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 820.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.877.787	$ 2.877.787	$ 0	$ 0	$ 460.500	$ 359.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 820.300	$ 5.400	$ 825.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.