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					
IRMA CAROLINA SANCHEZ ROCHA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.087.998.240**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 3958 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**09/04/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 1.284.815	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	12 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** **13.088.829**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** **1.921.566**
Nº DE INFORME:	No 7	**Nº CRP:**	23698	**Nº CDP:**	599
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**SEIS MESES (6) Y 22 DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6LB CENTRO DE SALUD LIBERTADORES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN (DIRECTOR AMBULATORIOS)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	4	
VALOR ADICIONADO	1.916.916	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23922	**TIEMPO PRORROGADO**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	2.555.888	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29202	**TIEMPO PRORROGADO**	UN MES (1) Y 11 DIAS
VALOR ADICIONADO	1.566.512	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33045	**TIEMPO PRORROGADO**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	5.750.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36574	**TIEMPO PRORROGADO**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	13.950	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39925	**TIEMPO PRORROGADO**	N/A
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
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	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden deEnfermeria y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digita
3	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada
7	Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermeria integral del paciente
8	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.
9	Realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clinicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad
10	HORAS LABORADAS 186 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		**OPERADOR:**	**MI PLANILLA COMPENSAR**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**COMPENSAR**	**08/10/2024**	**$**	**162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**08/10/2024**	**$**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**08/10/2024**	**$**	**31.700**
OTRO	**CCF- COMPENSAR**	**08/10/2024**	**$**	**26.000**
TOTAL PAGADO			**$ 428.200**	

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

Irma Carolina Sanchez rocha

IRMA CAROLINA SANCHEZ ROCHA
CC: 1087998240
CEL: 3164978117

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:	**IRMA CAROLINA SANCHEZ ROCHA**	**CC:**	**1087998240**
		RUT (NIT):	1087998240-1
CORREO ELECTRÓNICO:	linda24386@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3164978117
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Kr 12 J # 33 – 22 SUR	**CIUDAD:**	Bogotá D C

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 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 DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570002170077214**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 3958 2024**	**N° CDP:**	**2784**	**N°. RP:**	**39925**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS MESES (6) Y 22 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**09/04/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**12 DIAS**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 13088829**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**01/10/2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.921.566**
	UN MILLON NOVECIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/C					

Irma Carolina Sanchez rocha

IRMA CAROLINA SANCHEZ ROCHA
CC 1087998240
Cel: 3164978117

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			**YEIMY VIVIANA AVENDAÑO VILLAMIL**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.087.998.240**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 3958 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**09/04/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	1.284.815,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	13.088.829,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**1.921.566,00**
N° PAGO / N° DE INFORME:	No7	**N° CRP INICIAL:** 23698	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	599	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES (6) Y 22 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**80513751**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA COMPENSAR**		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6LB CENTRO DE SALUD LIBERTADORES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN (DIRECTOR AMBULATORIOS)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (5)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (5)	PRORROGA (4)
VALOR ADICIONADO	1.916.916	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**RP DE LA ADICIÓN:**	23922	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	2.555.888	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**RP DE LA ADICIÓN:**	29202	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1) Y 11 DIAS
VALOR ADICIONADO	1.566.512	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**RP DE LA ADICIÓN:**	33045	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	5.750.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**RP DE LA ADICIÓN:**	36574	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	13.950	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**RP DE LA ADICIÓN:**	39925	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	**N/A**	**NO**	**XX**
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		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 articulo 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 AMBULATORIOS
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO **PERFIL:** ENLACE DIRECCION DE AMBULATORIOS

Nelson Ronald Cortes 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	1087998240	IRMA CAROLINA SANCHEZ ROCHA		KR 12 J N33-22 SUR	3164978117	LINDA24386@HOTMAIL.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	08/10/2024	80513751	$428.200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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	1087998240	IRMA CAROLINA SANCHEZ ROCHA		KR 12 J N33-22 SUR	3164978117	LINDA24386@HOTMAIL.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	08/10/2024	80513751	$428.200

.LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de dentificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. 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
1087998240	SANCHEZ ROCHA IRMA CAROLINA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	182.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información