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
CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.073.677.794				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOTECNICO 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 4545 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		16/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.833.571	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.833.571		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.911.235
Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP:**	40301	**Nº CDP:**	2881
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4PV CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**(NUMERO)**	**PRORROGAS**	**(NUMERO)**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	N/A	**NO**	N/A
Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

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	agendamiento de usuario eev eronica
2	estar pendiente de los paciente que se ecuentran esperando el llamado medico
3	realizar desinfecciones al finalizar cada turno del medico
4	realizar de forma correcta el diligenciamiento de historias clinicas en el momento oportuno
5	cumplir con protocolos y normas de la subred en tiempos de pandemia .
6	cuidar y proteger los insumos utilizados en el turno e informar alguna novedad con ellos
7	cumplir con el objeto del contrato frente a mi perfil
9	realizar desinfecciones al finalizar cada turno del medico
10	utlizando e ingresando a turno con el uniforme en buenas condiciones
11	tratar al paciente con respeto tratandolo con humanidad
12	explicando a pacientes y familiares los cuidados que deben tener y el tratamiento como debe seguirlo para cada patologia en especifico
13	no divulgar historias clinicas con personas no profesionales
14	Se realizan 185 horas en el centro de salud perseverancia

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	73690463	**OPERADOR:**	SUAPORTE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	9/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	**PROTECCION**	9/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	9/10/2024	$ 31.700
OTRO	0	0	$ -
	TOTAL PAGADO		$ 402.200

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

CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES
CC: 1073677794
CEL: 3506428976

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:	CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES	**CC:**	1073677794
		RUT (NIT):	1073677794-1
CORREO ELECTRÓNICO:	CONTRERAS2207@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3506428976
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 63 C SUR 73 H 62	**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 1.2.4.1.6 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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	91220931426

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4545 2024	**N° CDP:**	2881	**N°. RP:**	40301	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/08/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/10/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 5,833,571**
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)	$					1.911.235
	UN MILLON NOVECIENTOS ONCE MIL DOCIENTOS TREINTAY CINCO PESOS					

CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES
C.C 1073677794
cel: 3506428976

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.073.677.794**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOTECNICO 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 4545 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**16/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**			5.833.571,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.833.571,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.911.235,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3/3)	**N° CRP INICIAL:**	40301	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2881
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		73690463	**OPERADOR:**	SUAPORTE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4PV CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**			ADICION ( )	PRORROGA ( )
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**	N/A	**NO**	N/A	
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:** **CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **CARGO:** **DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **EDISON SANCHEZ QUINTERO** **PERFIL:** **ELANCE DIRECCION AMBULATORIOS**

NELSON ALONSO A.
SUBRED SUR

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-10-09, 12:15:37 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 73690463

Periodo Cotización 202409 **Periodo Servicio** 202409

PAGADA 2024-10-09 12:11:35.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES				
Documento	CC 1073677794	**Dirección**	CR 99C SUR #55 - 03		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3506428976		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1073677794		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					CONTRERAS BENAVIDES CARMEN JULIETH	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.300.000	230201		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.